COUNTWAY LIBRARY
HC 425L 8

A. HARDY

TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

27 B. 132

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

NOUVEAU DICTIONNAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

ILLUSTRÉ DE FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

Directeur de la Rédaction : le Dr JACCOUD

La publication d'un *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie* a réclamé la coopération d'une association de médecins et de chirurgiens dont le nombre est assez considérable pour que chacun ait pu n'y traiter que des objets les plus habituels de ses recherches.

Ces monographies alphabétiques, rédigées avec concision, présentent fidèlement l'état de la science et de l'art, rappellent succinctement le passé et indiquent une bibliographie suffisante.

Là se trouvent précisément le caractère estimable et l'utilité pratique de cette publication sérieuse, à laquelle collabore l'élite de nos confrères de Paris et des départements. Par là s'explique son succès qui va toujours croissant.

A. LATOUR, *Union médicale.*

Le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* se composera de 40 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages avec fig. Prix de chaque vol. 10 fr.

Les tomes Ier à XXXIX sont en vente, et les volumes suivants se succèderont sans interruption. — L'ouvrage sera complet au commencement de l'année 1886.

Les volumes sont envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

E. LITTRÉ

Membre de l'Institut de France
(Académie française et Académie des inscriptions.)

DICTIONNAIRE

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE

DE L'ART VÉTÉRINAIRE ET DES SCIENCES QUI S'Y RAPPORTENT

Quinzième édition

Mise au courant des progrès des sciences médicales et biologiques et de la pratique journalière

Ouvrage contenant la synonymie *grecque*, *latine*, *allemande*, *anglaise*, *italienne et espagnole* et le glossaire de ces diverses langues.

1 beau vol. grand in-8 de 1880 pages à 2 colonnes, avec 550 fig..... 20 fr.

Demi-reliure maroquin, plats en toile..... 4 fr.
Demi-reliure maroquin à nerfs, plats en toile, très soignée..... 5 fr.

Atlas populaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent. 1 vol. gr. in-8 avec 48 pl. comprenant 196 fig. Cart.. 5 fr.

Il y a près de quatre-vingts ans que parut pour la première fois cet ouvrage, connu sous le nom de *Dictionnaire de médecine de Nysten*, puis de *Littré et Robin*, et devenu classique par un succès de quatorze éditions.

Carnet (le) **du médecin praticien**, formules, ordonnances, tableaux du pouls, de la respiration et de la température, comptabilité. 1 cahier oblong avec cartonnage souple..... 1 fr.

Le même, ordonnances seules (sans formules ni tableaux). 1 cahier oblong avec cartonnage souple..... 1 fr.

Envoi franco par la poste contre un mandat.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE EN MÉDECINE

PHYSIQUE ET CHIMIE MÉDICALES, HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

BUIGNET. **Manipulations de physique.** Cours de travaux pratiques, par M. Buignet, professeur à l'École de pharmacie. 1 vol. in-8, 800 pages, avec 265 figures et 1 pl. col. cart. ..... 16 fr.

CAUVET. **Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale**, comprenant des notions générales sur la minéralogie, la zoologie, la botanique, l'histoire et les propriétés des animaux et des végétaux utiles ou nuisibles à l'homme, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits, par D. Cauvet, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. *Troisième édition.* 2 vol. in-18 jésus, avec 790 figures..... 12 fr.

— **Cours élémentaire de botanique.** 1 vol. in-18 jésus, 880 pages, avec 618 figures. Cart..... 10 fr.

DAVAINE (C.). **Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses** chez l'homme et les animaux domestiques. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1000 pages, avec 100 fig..... 14 fr.

DUCHARTRE. **Eléments de botanique.** *Troisième édition.* 1 vol. in-8 de 1272 pages, avec 517 figures. Cartonné..... 20 fr.

ENGEL. **Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique**, par R. Engel, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. *Deuxième édition.* 1 vol. in-18 jésus de 750 pages, avec 117 figures..... 8 fr.

GAUTIER. **Les Champignons** considérés dans leurs rapports avec la médecine, l'hygiène publique et privée, l'agriculture et l'industrie et description des principales espèces comestibles, suspectes et vénéneuses de la France, par le docteur L. M. Gautier. 1 vol. gr. in-8, avec 16 planches chromolithographiées et 195 figures, cart..... 24 fr.

GUIBOURT et PLANCHON. **Histoire naturelle des drogues simples.** *Septième édition.* 4 forts vol. in-8, avec 1078 figures..... 36 fr.

HERAUD. **Jeux et récréations scientifiques**, applications usuelles des mathématiques, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle. Paris, 1884, 1 vol. in-18 jésus de 700 pages avec 150 figures..... 6 fr.

— **Nouveau dictionnaire des plantes médicinales.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-18 jésus avec 280 figures, cart..... 6 fr.

— **Les secrets de la science, de l'industrie et de l'économie domestique.** Recettes, formules et procédés d'une utilité générale et d'une application journalière. 1 vol. in-18 jésus, x-654 pages, avec 205 figures, cart..... 6 fr.

JUNGFLEISCH. **Manipulations de chimie.** Guide pour les travaux pratiques, par E. Jungfleisch, professeur à l'École de pharmacie. 1 vol. in-8 de 1000 pages avec 500 figures..... 25 fr.

MOQUIN-TANDON. **Eléments de botanique médicale**, par A. Moquin-Tandon, professeur à la Faculté de médecine. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jés., avec 128 fig. 6 fr.

POGGIALE. **Traité d'analyse chimique.** 1 vol. in-8 de 606 p., avec 171 fig.. 9 fr.

SICARD (H.). **Eléments de zoologie.** 1 v. in-8 de XVI-842 p., avec 758 fig., cart. 20 fr.

WUNDT, MONOYER et IMBERT. **Traité élémentaire de physique médicale.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8, 706 p. avec 396 fig. et 1 pl. chromolithographiée.... 12 fr.

ANATOMIE, HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

ANGER. **Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale**, par Benjamin Anger, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 1055 pages avec 1079 figures et atlas in-4 de 12 planches coloriées.... 40 fr.

BEAUNIS. **Nouveaux éléments de physiologie humaine**, par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. *Deuxième édition.* 2 vol. in-8 avec 400 figures, cartonnés..... 25 fr.

BEAUNIS et BOUCHARD. **Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie**, par H. Beaunis et A. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. *Quatrième édition.* 1 vol. gr. in-8 de XVI-1103 pages, avec 421 figures dessinées d'après nature et en partie coloriées. Cartonné..... 20 fr.

— **Précis d'anatomie et de dissection.** 1 vol. in-18 de 600 pages..... 4 fr. 50

BERNARD (Claude). **Physiologie** : anesthésiques et asphyxie, chaleur animale, diabète et glycogénèse, liquides de l'organisme, médecine expérimentale, pathologie expérimentale, phénomènes de la vie, physiologie expérimentale, physiologie opératoire, substances toxiques, système nerveux, l'œuvre de Claude Bernard. 16 vol. in-8 avec planches et figures..... 114 fr.

CRUVEILHIER (J.). **Traité d'anatomie pathologique générale** 5 vol. in-8. 35 fr.

CUYER et KUHFF. **Le corps humain.** Structure et fonctions, formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées. 1 vol. in-8 de 478 pages, avec 27 planches col. Cartonné..... 75 fr.

DUVAL. **Précis de technique microscopique et histologique**, ou Introduction pratique à l'anatomie générale, par le docteur MATHIAS DUVAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus, 315 pages avec 52 fig..... 4 fr.
FAU. **Anatomie artistique** élémentaire du corps humain. *Cinquième édition*, in-8, avec 17 pl., fig. noires..... 4 fr.
— LE MÊME, fig. col..... 10 fr.
KUSS et DUVAL. **Cours de physiologie.** *Cinquième édition.* 1 vol. in-18 jésus avec 178 figures. Cartonné..... 8 fr.
LABOULBÈNE. **Nouveaux éléments d'anatomie pathologique**, descriptive et histologique, par A. LABOULBÈNE, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Charité. 1 vol. in-8 de 1100 pages avec 300 fig., cart..... 20 fr.
LIVON (Ch.). **Manuel de vivisections**, par Ch. LIVON, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. 1 vol. in-8 avec figures noires et col..... 7 fr.
MALGAIGNE. **Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.** *Deuxième édition.* 2 vol. in-8..... 18 fr.
MASSE. **Traité d'anatomie descriptive.** 1 vol. in-18 jésus de 700 pages. Cart. 7 fr,
MOREL (Ch.). **Traité élémentaire d'histologie humaine**, normale et pathologique, par Ch. MOREL, professeur à la Faculté de Nancy. *Troisième édition.* 1 vol. in-8, 418 pages avec atlas de 56 planches dessinées par A. VILLEMIN..... 16 fr.
RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale**, faites au Collège de France, par L. RANVIER, professeur au Collège de France. 2 vol. in-8 avec figures et tracés.... 20 fr.
ROBIN (Ch.). **Traité du microscope**, son mode d'emploi, ses applications à l'étude des injections, à l'anatomie humaine et comparée, à l'anatomie médico-chirurgicale, à l'histoire naturelle, par Ch. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition.* 1 vol. in-8 de 1828 p., avec 317 fig. et 3 pl. Cart..... 20 fr.
— **Programme d'histologie.** *Seconde édition.* 1 vol. in-8, 500 pages..... 6 fr.
— **Anatomie et physiologie cellulaires**, ou des cellules animales et végétales, du protoplasma et des éléments normaux et pathologiques qui en dérivent. 1 vol. in-8 de 640 pages, avec 83 fig., cart..... 16 fr.
— **Leçons sur les humeurs** normales et morbides du corps de l'homme. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1008 pages avec 35 fig., cart..... 18 fr.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES, PATHOLOGIE GÉNÉRALE, HISTOIRE DE LA MÉDECINE

BOUCHUT. **Nouveaux éléments de pathologie générale**, comprenant la nature de l'homme, l'histoire générale de la maladie, les différentes classes de maladies, l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique, le pronostic, la thérapeutique générale, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. *Quatrième édition.* 1 vol. grand in-8 de x-880 pages, avec 245 figures..... 16 fr.
— **Traité de diagnostic et de sémiologie**, comprenant l'exposé des procédés physiques et chimiques d'exploration médicale (auscultation, percussion, cérébroscopie, sphygmographie, laryngoscopie, microscopie, analyse chimique) et l'étude des symptômes fournis par les troubles fonctionnels. 1 vol. gr. in-8 de 692 pages, avec 160 fig.. 12 fr.
BOUILLET. **Précis de l'histoire de la médecine**, par le docteur J. BOUILLET, avec une introduction par le docteur A. Laboulbène. 1 vol. in-8 de 400 pages..... 5 fr.
COIFFIER. **Précis d'auscultation.** 1 vol. in-18 jésus, avec 71 fig. col..... 3 fr.
CORLIEU. **Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements.** Vade-mecum du praticien, par le docteur A. CORLIEU. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus de 624 pages, avec 429 figures. Cartonné..... 6 fr.
DAGONET. **Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales.** 1 vol. in-8 de 735 p., avec 8 planches en photoglyptie, comprenant 38 types d'aliénés et une carte statistique des établissements d'aliénés de la France. Cartonné..... 15 fr.
DAREMBERG. **Histoire des sciences médicales**, par Ch. DAREMBERG, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec figures..... 28 fr.
FOX. **Iconographie photographique des maladies de la peau.** 1 vol. in-4, quarante-huit planches photographiées d'après nature, coloriées à la main, cart... 120 fr.
GALLARD. **Clinique médicale de la Pitié.** 1 vol. in-8, 600 pages, avec fig. 10 fr.
GRIESINGER. **Traité des maladies infectieuses.** Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes (fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste), choléra. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8, XXXII-742 pages..... 10 fr.
HALLOPEAU. **Traité élémentaire de pathologie générale**, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique. 1 vol. in-8 de 720 pages avec 120 figures.. 11 fr.
HAMMOND. **Traité des maladies du système nerveux**, comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux. 1 vol. gr. in-8 de XXIV-1300 p. avec 116 fig. cart..... 22 fr.
JOUSSET. **Eléments de médecine pratique.** *Deuxième édition.* 2 vol. in-8. 15 fr.

American journal
of the medical Sciences
Philadelphia
to

DR. WIGGLESWORTH,
188 BEACON ST.
BOSTON.

TRAITÉ

PRATIQUE ET DESCRIPTIF

DES

MALADIES DE LA PEAU

3018. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

To
DR. WIGGLESWORTH,
188 BEACON ST.
BOSTON.

TRAITÉ

PRATIQUE ET DESCRIPTIF

DES

MALADIES DE LA PEAU

PAR

ALFRED HARDY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE ET ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ETC.

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain
1886

Tous droits réservés.

Hommage des
Editeurs

1680

A MES ÉLÈVES

Dans ma longue carrière de professeur, j'ai vu passer autour de moi un grand nombre d'élèves, dispersés aujourd'hui dans tous les pays; je les ai toujours trouvés attentifs à mes leçons et j'ai été profondément touché de leur assiduité. C'est en souvenir de ces affectueuses relations, et pour établir un nouveau lien entre eux et moi, que je tiens à leur dédier ce livre.

A. HARDY.

PRÉFACE

Pendant longtemps, sans abandonner l'étude des autres maladies, je me suis occupé spécialement des affections cutanées; j'ai été pendant vingt-deux ans médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans lequel se trouvent réunies les diverses formes des maladies de la peau, et pendant vingt ans je me suis consacré à l'enseignement de la dermatologie, d'abord comme professeur libre, puis comme professeur complémentaire chargé officiellement du cours clinique sur les maladies de la peau. Je crois donc avoir l'expérience nécessaire pour écrire un livre de dermatologie.

Depuis la publication déjà ancienne des ouvrages classiques d'Alibert, de Rayer, de Cazenave et Schédel, de Gibert, de Devergie, la plupart des livres nouveaux que nous possédons sur les maladies de la peau, sont des traductions d'ouvrages étrangers, telles sont les œuvres d'Hebra, de Kaposi, de Neumann, de Duhring. Bazin et moi nous avons bien autorisé nos élèves à reproduire nos leçons, Lailler, Guibout ont fait également imprimer leurs leçons et leurs conférences faites à l'hôpital Saint-Louis, mais ces sortes de publications présentent nécessairement des répétitions et des lacunes; dans ces derniers temps, sous l'influence de Vidal et de Besnier, on a beaucoup étudié les maladies de la peau sous le rapport de l'anatomie pathologique, on a cherché à appeler l'attention sur plusieurs affections cutanées rares et mal connues, mais ce sont des recherches spéciales particulières à certaines maladies; Hillairet avait commencé, avant sa mort, un ouvrage sur les maladies de la peau

et son élève Gaucher le continue, mais il n'est pas terminé, et je puis dire qu'il y a longtemps qu'il n'a paru dans notre pays un traité complet et didactique de dermatologie, dû à un médecin français.

La dermatologie est cependant une science française : depuis le commencement de ce siècle, les médecins distingués qui se sont succédé à l'hôpital Saint-Louis se sont toujours livrés à l'enseignement et c'est en suivant leurs cours, qu'un grand nombre de médecins de tous les pays ont appris les maladies de la peau. D'autre part il existe, relativement aux affections cutanées, une doctrine française : à l'étranger, principalement à Vienne, sous l'influence de l'école fondée par Hebra, on considère la plupart des éruptions comme des maladies locales et indépendantes de toute cause générale ; en France, on a cherché au contraire à les rattacher à des dispositions morbides générales dont elles ne seraient que l'expression ; et cette tendance à subordonner les maladies de la peau à une cause primordiale, diathésique, innée ou acquise, déjà enseignée par Alibert, s'accentue chez nous de plus en plus, malgré quelques défaillances regrettables. Il y a donc une école dermatologique française qu'on peut opposer à celle de Vienne, et il serait à désirer que les travaux de cette école fussent exposés autrement que par des notes annexées à des traductions. C'est ce que j'ai eu à tâche de faire dans mon livre, et comme j'ai contribué avec Bazin à établir cette école, je me suis cru autorisé à la représenter.

Bazin et moi, nous avons fait concurremment, à l'hôpital Saint-Louis, des cours sur les maladies de la peau et nous avons enseigné la dermatologie à plusieurs générations de médecins. Quoique divisés dans quelques détails, nous avions des idées communes sur la nature de la plupart des maladies de la peau et notre enseignement s'appuyait sur des opinions doctrinales à peu près sem-

blables. On trouvera dans mon ouvrage l'indication de ces divergences et de cet accord.

C'est peut-être ici le lieu de dire que Bazin, en établissant scientifiquement la classe des maladies parasitaires cutanées, et moi-même en adoptant, en développant et en vulgarisant ses idées sur ce point, nous avons été des précurseurs dans la doctrine du parasitisme en pathologie. C'est en effet par imitation de ce que nous professions, qu'on a étendu peu à peu, et peut-être un peu trop, le cercle des maladies parasitaires ; et les micro-organismes morbigènes admis en si grand nombre aujourd'hui sont bien de la même nature que les poussières champignonneuses que nous reconnaissions dans le favus et dans le sycosis.

C'est en souvenir de cet enseignement fait à l'hôpital Saint-Louis, et pour le continuer d'une autre manière, que j'ai entrepris d'écrire ce livre. J'ai cherché à lui donner un caractère pratique, et j'espère qu'il sera utile, en facilitant l'étude de maladies malheureusement encore incomplètement connues d'un grand nombre de médecins.

A. Hardy.

1er juillet 1886.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE V

Introduction à l'étude des maladies de la peau 1
Classification 1

PREMIÈRE CLASSE. — **DIFFORMITÉS DE LA PEAU** 27

§ 1er. — **Difformités de l'appareil pigmentaire** 29

1° DIFFORMITÉS PAR EXCÈS DE PIGMENT 29

a. Nævi pigmentaires 29
b. Lentigo 33
c. Éphélides 37
d. Mélanodermie 43
e. Coloration bleuâtre de la peau, Cyanose-Argyrie 50

2° DIFFORMITÉS CAUSÉES PAR DÉFAUT DE PIGMENT 55

a. Albinisme 53
b. Vitiligo 55
c. Canitie 61

§ 2. — **Difformités de l'épiderme** 65

a. Callosités 65
b. Cor 67
c. Cornes cutanées 70
d. Ichthyose 71
e. Verrues 87
f. Xanthelasma 93

§ 3. — **Difformités des poils et des ongles** 99

1° DIFFORMITÉS DES CHEVEUX ET DES POILS 99

a. Hypertrophie des poils, hypertrichoses, polytrichie, trichosis, hirsutie 99
b. Trichiasis 102
c. Trichoma 103
d. Alopécie, 105; Alopécie congénitale; Alopécie acquise; Alopécie idiopathique, 106; Alopécie symptomatique. 108

2° DIFFORMITÉS DES ONGLES 116

a. Onychogryphose 116
b. Atrophie des ongles, Onychotrophie 118

§ 4. — **Difformités des follicules sébacés** 119

a. Acné miliaire; varus miliaire; milium; grutum..... 119
b. Acné pisiforme..... 121
c. Molluscum..... 121

§ 5. — **Difformités vasculaires, Télangiectasies ou Angiomes**..... 129

a. Taches vineuses; Angiomes..... 129
b. Nævi vasculaires; Angiomes caverneux..... 132
c. Tumeurs fongueuses sanguines; Tumeurs érectiles; Angiomes caverneux..... 135

§ 6. — **Difformités du derme**..... 135

a. Kéloïde..... 135
b. Sclérodermie, 143; 1° Sclérodermie œdémateuse, 146; 2° Sclérodermie en plaques, Sclérodermie lardacée, 147; 3° Sclérodermie dactylée..... 149
c. Morphée..... 154
d. Cachexie pachydermique..... 159
e. Eléphantiasis des Arabes..... 164

DEUXIÈME CLASSE. — **INFLAMMATIONS LOCALES**..... 173

§ 1er. — **Éruptions artificielles provoquées**..... 174

1° *Eruptions artificielles par action locale*..... 174
2° *Eruptions artificielles provoquées par l'administration de certains médicaments donnés à l'intérieur*..... 178
1° Éruptions produites par les résineux; Érythème copahique, 178; 2° Eruptions provoquées par la belladone et par le datura stramonium, 181; 3° Eruptions arsénicales, 182; 4° Éruptions iodiques et bromiques, 183; 5° Éruptions par le chloral, l'opium, la quinine, etc.. 186

§ 2. — **Éruptions inflammatoires spontanées**..... 187

1° ÉRYTHÈME..... 187

a. Erythème simple..... 189
b. Erythème vésiculo-pustuleux..... 192
c. Erythème intertrigo..... 194
d. Erythème lisse..... 198
e. Erythème paratrime..... 199
f. Erythème pernion; engelures..... 200

ERYTHÈMES GÉNÉRALISÉS..... 203

2° ECTHYMA, 203; Variétés..... 209

1. *Ecthyma aigu*..... 210

a. Ecthyma simple aigu..... 210
b. Ecthyma gangreneux..... 211

2. *Ecthyma chronique*..... 212

a. Ecthyma chronique des enfants; Ecthyma infantile. 212
b. Ecthyma cachectique..... 214
c. Rupia..... 216

3° Zona 229
4° Pemphigus 248

a. Pemphigus aigu 256
b. Pemphigus bulleux chronique (*Pemphigus diutinus*, Willan) 258
c. Pemphigus foliacé, 263; Symptômes, 263; Diagnostic. 265
d. Pemphigus des nouveau-nés (*Pemphigus neo-natorum*). 266
e. Pemphigus des jeunes filles (*Pemphigus virginum*) 268

5° Acné, 270; Acné inflammatoire 271

a. Acné simple ou pustuleuse 273
b. Acné indurée 273
c. Acné hypertrophique 275
d. Acné ponctuée (*Acna punctata; varus comedo*, Alibert). 282
e. Acné varioloforme 286

6° Strophulus 293

a. Strophulus simple 294
b. Strophulus prurigineux 297

7° Prurigo 301

a. Variétés suivant l'intensité 306
b. Variétés suivant la cause 308
c. Variétés d'après le siège 311

8° Dermite exfoliatrice 315

TROISIÈME CLASSE. — **MALADIES PARASITAIRES DE LA PEAU** 325

§ 1er. — **Maladies parasitaires végétales** 326

1° Favus, 330; Espèces et variétés du favus 333

2° Trichophytie 368

a. Trichophytie circinée 371
b. Trichophytie tonsurante 378
c. Trichophytie sycosique (Sycosis; mentagre) 394
d. Pélade 406
e. Pityriasis parasitaire ou versicolore 419
f. Erythrasma 423

§ 2. — **Maladies parasitaires causées par la présence de parasites animaux** 427

1° Dermatozoaires 427

a. Gale 427
b. Demodex folliculaire 471
c. Maladie causée par la puce de sable 472
d. Maladie causée par le rouget ou lepte d'automne 474
e. Maladie des poulaillers 475
f. Maladie causée par la filaire de Médine 476
g. Cysticerque du tissu cellulaire 477
h. Bouton d'Orient, boutons d'Alep, de Biskra, du Nil 478

2° Epizoaires 483

a. Phthiriase, maladie causée par les poux, 483; 1° Pou de tête, 484; 2° Pou de corps 487

b. Maladies causées par les puces, les punaises, les cousins, les mouches piquantes 493

c. Maladies causées par les abeilles, les guêpes, les frelons, etc 498

QUATRIÈME CLASSE. — **MALADIES INFECTIEUSES ET GANGRENEUSES DE LA PEAU** 499

a. Décubitus aigu 500

b. Furoncle 504

c. Pustule maligne 518

CINQUIÈME CLASSE. — **CONGESTIONS CUTANÉES** 527

a. Congestion simple idiopathique 528

b. Acné congestive ou couperose 530

SIXIÈME CLASSE. — **HÉMORRHAGIES CUTANÉES** 538

a. Purpura, 541; 1° Purpura simple, 543; 2° Purpura hémorrhagique 548

b. Hématidrose 556

SEPTIÈME CLASSE. — **HYPERCRINIES CUTANÉES OU FLUX** 560

a. Hyperidrose 560

b. Anidrose 568

c. Sudamina 569

d. Bromidrose 572

e. Chromidrose 573

f. Acné sébacée, 584; 1° Acné sébacée fluente, 585; 2° Acné sébacée concrète 587

HUITIÈME CLASSE. — **NÉVROSES CUTANÉES** 592

a. Dermalgie 593

b. Hyperesthésie cutanée, Prurit nerveux 597

c. Urticaire 604

NEUVIÈME CLASSE. — **ÉRUPTIONS FÉBRILES** 620

a. Roséole 621

b. Erythèmes généralisés, 625; 1° Érythème polymorphe, 628; 2° Érythème noueux, 634; 3° Erythème scarlatiniforme, 636; 4° Érythème mamelonné 639

c. Miliaire 640

d. Taches lenticulaires rosées 648

e. Taches typhiques 649

f. Herpès febrile 651

DIXIÈME CLASSE. — **ÉRUPTIONS CONSTITUTIONNELLES** .. 663

§ 1er. — **Éruptions dartreuses, diathèse dartreuse** 664

1° Eczéma, 704; Première période, 711; Deuxième période, 715; Troisième période, 717; Variétés, 725; 1° *Eczéma*

rouge, 726 ; 2° *Eczéma simple ou vésiculeux*, 727 ; 3° *Eczéma fendillé* 728

Variétés suivant le siège, 731 ; 1° Eczéma de la face, 731 ; 2° Eczéma des oreilles, 732 ; 3° Eczéma des seins, 733 ; 4° Eczéma des mains et des pieds, 734 ; 5° Eczéma des jambes, 739 ; 6° Eczéma des parties génitales, 739 ; 7° Eczéma de l'ombilic, 745 ; 8° Eczéma des parties pileuses (*eczema pilare*)..... 746

2° Impétigo, 785 ; variétés : 1° Impétigo figuré, 790 ; 2° Impétigo disséminé, 791 ; 3° Impétigo érysipélateux, 792 ; 4° Impétigo scabieux, 793 ; 5° Impétigo rongeant, 793 ; Impétigo granulé, 794 ; Impétigo contagieux, 795 ; 6° Impétigo sycosiforme 796

3° Pityriasis, 816 ; Variétés, 818 ; 1° Pityriasis blanc ou simple, 818 ; 2° Pityriasis rouge, 820 ; 3° Pityriasis disséminé, 822 ; 4° Pityriasis pilaire..... 823

4° Lichen, 833 ; Lichen simple, 837 ; Lichen pilaire, 840 ; Lichen agrius, 840 ; Lichen circonscrit, 842 ; Lichen lividus, 844 ; Lichen ruber, lichen planus... 844

5° Mycosis fongoïde, Lymphadénie cutanée..... .. 863

6° Psoriasis 877

§ 2. — **De la scrofule, des scrofulides**..... 899

De la scrofule, 899 ; Affections scrofuleuses, 903 ; Affections scrofuleuses des muqueuses..... 904

Des scrofulides, 931 ; Division des scrofulides, 942 ; 1° Scrofulide érythémateuse, 944 ; 2° Scrofulide cornée ou acnéique, 948 ; 3° Scrofulide pustuleuse, 951 ; 4° Scrofulide tuberculeuse, 954 ; Scrofulide tuberculeuse superficielle, 958 ; Scrofulide tuberculeuse avec ulcération, 961 ; 5° Scrofulide phlegmoneuse..... 966

Tuberculose cutanée..... 975

Rhinosclérome..... 980

§ 3. — **Syphilides, Syphilis** 983

Syphilis, 983 ; Accidents primitifs, 984 ; Accidents secondaires, 991 ; Accidents tertiaires, 996 ; Syphilisation. 1003

Des syphilides, 1022 ; Polymorphie, 1025 ; Coloration, 1026 ; Forme, 1027 ; Absence de douleur et de démangeaison, 1027 ; Phénomènes secondaires de l'éruption, 1027 ; Siège, 1029 ; Phénomènes généraux, 1029 ; Phénomènes concomitants 1030

Division des syphilides..... 1034

§ 1er. — Syphilides précoces..... 1036

1° Syphilide exanthématique, 1037 ; Variétés de roséole..... 1040

2° Syphilide papuleuse, 1043 ; *a. Syphilide papuleuse lenticulaire*, 1043 ; *b. Syphilide papuleuse, plate et syphilide en plaques*... 1046

3° Syphilide pustuleuse superficielle..... 1048
4° Syphilide varioliforme..... 1050
5° Syphilide végétante, 1051; *a. Syphilide granuleuse*, 1051; *b. Excroissances*, 1052; *c. Plaques muqueuses*..... 1054

§ 2. — Syphilides intermédiaires..... 1058

1° Syphilide pigmentaire..... 1060
2° Syphilide vésiculeuse, 1062; *a. Syphilide vésiculeuse eczémateuse*, 1062; *b. Syphilide vésiculeuse herpétiforme*... 1064
3° Syphilide pustuleuse, 1065; *a. Syphilide pustuleuse cunéiforme*, 1065; *b. Syphilide ecchymateuse ou phlyzaciée*.. 1066
4° Syphilide squameuse, 1068; *a. Syphilide squameuse en gouttes*, 1069; *b. Syphilide squameuse circinée*, 1070; *c. Syphilide palmaire et plantaire*..... 1072
5° Syphilide tuberculeuse, 1073; *a. Syphilide tuberculeuse disséminée*, 1074; *b. Syphilide tuberculeuse en groupes*.. 1075

§ 3. — Syphilides tardives..... 1078

1° Syphilide pustulo-cutacée..... 1079
2° Syphilide ulcéreuse, 1083; *a. Syphilide ulcéreuse serpigineuse*, 1084; *b. Syphilide ulcéreuse perforante*..... 1086

4. — **Éruption pellagreuse; pellagre**..... 1093

5. — **Éruption lépreuse; lèpre**..... 1110

6. — **Éruptions cancéreuses; cancer de la peau**..... 1199

§ 1er. — Tumeurs cutanées épithéliales, 1200; Cancer épithélial..... 1202

§ 2. — Tumeurs cutanées sarcomateuses..... 1211

a. Sarcomes non mélaniques, 1212; *b. Sarcomes mélaniques cutanés*..... 1217

§ 3. — Tumeurs cutanées carcinomateuses..... 1221

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TRAITÉ

PRATIQUE ET DESCRIPTIF

DES

MALADIES DE LA PEAU

INTRODUCTION

A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU

CLASSIFICATION

Les maladies de la peau sont nombreuses et variées, et l'on ne peut aborder leur étude avec fruit qu'à l'aide d'une méthode de classification susceptible de simplifier et d'éclairer ce qui paraît, au premier aspect, si complexe et si confus. Cette méthode a surtout pour but d'établir, parmi les maladies cutanées, des catégories formées par la considération d'un lien commun unissant les unes avec les autres certaines de ces affections, permettant ainsi de les étudier successivement et avec ordre, et surtout de les reconnaître et de les distinguer dans la pratique. Cette classification méthodique des maladies de la peau est tellement nécessaire, que la description régulière et exacte de ces affections n'a commencé qu'à partir du moment où on l'a appliquée, c'est-à-dire à la fin du siècle dernier, alors que Lorry, Plenck et Willan ont cherché à mettre de l'ordre à la place de la confusion dans

laquelle était plongée cette partie importante de la pathologie et de la clinique. Le nom des maladies cutanées était en effet à peine défini, la même dénomination étant appliquée, suivant les auteurs, à plusieurs affections différentes, et les mêmes maladies étant désignées par des dénominations variées; quant aux descriptions relatives à l'aspect, à la marche, aux symptômes concomitants des éruptions, elles étaient si incomplètes et si peu précises, que c'est avec une grande difficulté qu'on parvient à reconnaître dans les anciens ouvrages une affection déterminée et bien connue aujourd'hui.

Lorsqu'on cherche à étudier méthodiquement les maladies de la peau, la première chose qui frappe, c'est que, malgré la confusion apparente qui les obscurcit, il est aisé de réduire à un petit nombre de groupes les lésions qui les caractérisent. Celles-ci peuvent, il est vrai, évoluer, se transformer, passer insensiblement de l'une à l'autre, et créer ainsi des affections dont le type est difficile à reconnaître; mais ce ne sont là que des difficultés de diagnostic dont on vient à bout par l'habitude; et, le plus ordinairement, un examen minutieux permet de distinguer, surtout au début, la lésion primitive dont l'évolution constitue le caractère essentiel de l'éruption. On a donné à ces lésions le nom de *lesions élementaires;* elles sont en nombre défini, peu considérable, et l'on peut toujours retrouver leurs traces dans les diverses affections cutanées. En 1776, Plenck, médecin viennois, fut le premier qui eut l'idée de distinguer les maladies de la peau par leurs lésions apparentes ramenées à quelques types principaux, et de ranger ces affections, d'après leurs caractères extérieurs, dans des classes spéciales, suivant qu'elles étaient constituées par des vésicules, par des pustules, par des croûtes, des ulcérations, etc. Il plaça ainsi toutes les maladies de la peau dans quatorze classes, lesquelles étaient intitulées : 1° les macules; 2° les pus-

tules; 3° les vésicules; 4° les bulles; 5° les papules; 6° les croûtes; 7° les squames; 8° les callosités; 9° les excroissances cutanées; 10° les ulcères; 11° les blessures; 12° les maladies causées par les insectes; 13° les maladies des ongles; 14° les maladies des poils. Cette manière d'envisager les maladies de la peau et de les ramener à des chefs principaux constitua un énorme progrès dans la dermatologie, et fut, on peut le dire, le point de départ des études nosographiques ultérieures; toutefois on peut reprocher à cette classification de prendre pour type de certaines classes des lésions qui sont consécutives à d'autres, telles, par exemple, que les croûtes et les ulcérations, qui sont le résultat d'autres lésions initiales, comme les pustules ou les vésicules. Aussi cette classification fut-elle promptement abandonnée et remplacée par celle de Willan, lequel, en 1798, s'inspirant du même point de départ que Plenck, savoir, de l'aspect extérieur des éruptions et de leur élément primitif, sut perfectionner la classification de son devancier et ramener les maladies de la peau à des lésions élémentaires simples, en ne tenant compte que de la lésion primitive et en ne s'occupant pas des évolutions consécutives de ces lésions. Willan et son élève, Bateman, admirent ainsi huit lésions élémentaires cutanées, constituant par leur développement et leur évolution le caractère distinctif des huit classes parmi lesquelles ils firent entrer toutes les maladies cutanées. Ces lésions élémentaires, devenues classiques. sont : 1° les macules; 2° les taches exanthématiques; 3° les vésicules; 4° les bulles; 5° les pustules; 6° les papules; 7° les squames; 8° les tubercules. Willan et Bateman, s'appuyant sur ces lésions élémentaires, qu'ils considéraient comme le point de départ de toutes les éruptions, en ont fait la base de leur classification, et, admettant des affections maculeuses, exanthématiques, vésiculeuses, etc., ils ont fait rentrer toutes les maladies

de la peau dans huit classes ou ordres; j'ajouterai que la simplicité de ce système a fait rester dans la science les divisions proposées par Willan, et les a fait adopter par ceux mêmes qui ne les ont pas admises comme bases de classification : je dois donc en donner une description sommaire.

1° La *macule* est une tache sans saillie, siégeant dans les diverses couches de la peau, et due soit à un dépôt de sang normal ou altéré, soit à une altération du pigment pas excès, par défaut ou par modification de qualité. Son caractère distinctif est de ne pas disparaître par la pression du doigt. Quelques macules, telles que les taches hématiques du purpura et les taches bleues, sont éphémères; mais le plus ordinairement cette lésion, constituée par une modification profonde du pigment, est de longue durée, quelquefois même elle est indélébile, ainsi qu'on le voit dans les taches vineuses et dans les nævi pigmentaires. Comme exemples de macules on peut citer les taches du purpura, les taches bleues, les taches pigmentaires du lentigo et des éphélides, etc.

2° Dans son sens grammatical, le mot *exanthème*, qui vient du verbe grec ἐξανθέω (je fleuris), veut dire efflorescence, éruption, maladie éruptive; c'est un terme général qui pourrait s'appliquer à toutes les maladies de la peau, mais l'usage en a beaucoup restreint la signification. Les auteurs du siècle dernier ont fait du mot exanthème le synonyme de fièvre éruptive, et l'ont particulièrement appliqué à la variole, à la rougeole et à la scarlatine; cette interprétation a été adoptée par Alibert, et est employée encore aujourd'hui par un grand nombre de médecins. Mais, malheureusement pour la clarté qui devrait exister dans la définition des mots employés en médecine, cette expression d'exanthème a été, depuis Willan, déviée du sens généralement adopté, et a été entendue différemment : Willan, faisant du terme exan-

thème l'équivalent du mot anglais *rash*, lequel signifie rougeur de la peau, a donné ce nom aux éruptions cutanées caractérisées par des taches rouges, variables d'étendue, d'intensité et de disposition, et causées par une accumulation anormale de sang dans les petits vaisseaux et même, dans quelques cas, par l'extravasation du sang dans le tissu cutané, en dehors des vaisseaux. Cette lésion anatomique élémentaire a servi à Willan pour constituer un des ordres de sa nomenclature dermatologique, l'ordre des exanthèmes, dans lequel il a rangé la rougeole, la scarlatine, l'urticaire, la roséole, le purpura et l'érythème.

Ce dernier mode de définition de l'exanthème a été généralement adopté par les auteurs qui se sont occupés des maladies de la peau, à l'exception d'Alibert toutefois; et, aujourd'hui encore, le mot exanthème s'applique à une tache rouge plus ou moins saillante, disparaissant à la pression, et constituée par une congestion des vaisseaux capillaires les plus superficiels de la peau. Néanmoins cette définition diffère de celle de Willan, en ce sens qu'elle sépare des exanthèmes les taches hémorrhagiques, et qu'elle ne permet plus de comprendre le purpura parmi les maladies exanthématiques. D'après la manière de voir généralement acceptée aujourd'hui, les maladies caractérisées par des taches exanthématiques sont la rougeole, la scarlatine, la roséole, l'érythème, et l'érysipèle, que Willan avait d'abord placé dans les maladies bulbeuses, à cause des phlyctènes qui existent souvent à la surface de la rougeur érysipélateuse. J'ajouterai qu'on trouve encore des taches exanthématiques dans certaines affections cutanées appartenant à la syphilis et à la scrofule: je citerai pour exemples les diverses variétés de roséole syphilitique et la scrofule érythémateuse; dans la pellagre également, la lésion cutanée est constituée par une éruption exanthématique ayant des caractères tout

spéciaux de siège et d'évolution. Il n'y a pas seulement dans la tache exanthématique une congestion interne des petits vaisseaux cutanés, on y constate encore des lésions appartenant à l'inflammation, et particulièrement la présence de globules blancs, d'un exsudat séro-fibrineux et même la prolifération des cellules des diverses couches constituantes de la peau.

3° La *vésicule* est une petite saillie acuminée, formée par le soulèvement de l'épiderme distendu par de la sérosité ; sa dimension varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Elle se termine, soit par la résorption du liquide et la disparition de la saillie, qui laisse à peine à sa place une petite tache jaunâtre, soit par la rupture de l'épiderme et par une légère excoriation recouverte ou non par une croûte ou une squame épidermique. Quelquefois la vésicule grossit, se réunit à des vésicules voisines et passe à l'état de bulle, comme cela se voit quelquefois dans l'eczéma développé aux mains et aux pieds, ou bien son contenu séreux se change en liquide purulent, et la vésicule se transforme en pustule. Sans preuves anatomiques suffisantes on avait localisé la vésicule dans les conduits sudorifères, et on l'avait considérée comme le résultat de l'inflammation de ces canaux; ce siège anatomique est vrai pour les *sudamina*, constituant des saillies épidermiques remplies de globules blancs analogues à ceux du sang et nageant dans un liquide acide qui doit être la sueur. Mais les vésicules de l'eczéma ou de l'herpès se forment dans l'épaisseur même du corps muqueux ; le liquide exsudé des vaisseaux du corps papillaire, mélangé à des cellules de nouvelle formation, quelquefois même à du sang pur, s'élève sans obstacle au-dessus de la couche muqueuse de l'épiderme, mais rencontre une barrière dans la couche cornée de l'épiderme, laquelle, se soulevant par places, constitue les petites saillies vésiculeuses. Tantôt alors,

comme dans l'eczéma, l'épiderme se rompt et laisse écouler le liquide encore à l'état de sérosité; tantôt les éléments cellulaires, maintenus par l'épiderme intact, comme dans la varicelle ou dans l'herpès, subissent au bout de peu de temps la dégénérescence graisseuse, et la vésicule claire d'abord devient blanche, opaque ou ressemble à un grain jaune. Les maladies qui sont constituées par des vésicules sont la varicelle, l'herpès, le zona et l'eczéma.

4° La *bulle* n'est que l'exagération de la vésicule; son évolution est semblable à celle d'un vésicatoire : par l'effet de l'inflammation cutanée, les mailles du tissu de Malpighi se remplissent de liquide et de cellules nouvelles, de globules blancs et de rares globules rouges; sous l'influence de la pression exercée de bas en haut par cet exsudat, l'épiderme cède sur une certaine surface et se soulève pour former une bulle, laquelle se rompt habituellement par l'imbibition et le ramollissement de l'épiderme dus à la présence du liquide sous-jacent. Le volume de la bulle varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une orange. Le liquide contenu est tantôt séreux et transparent, tantôt opaque et purulent, quelquefois même il contient du sang. Le pemphigus est le type de l'affection bulleuse spontanée; mais on trouve encore des bulles dans un assez grand nombre d'états morbides : on les voit se développer artificiellement à la suite de l'application d'un corps vésicant, et particulièrement des préparations de cantharides; elles existent dans les brûlures au second degré; dans la gangrène de la peau et des tissus sous-jacents, elles se montrent sous forme de phlyctèmes; on les rencontre assez fréquemment dans l'érysipèle de la face; elles peuvent exister dans l'eczéma, et particulièrement dans l'eczéma des mains et des pieds. Elles ne sont là que le résultat de la réunion de plusieurs vésicules acuminées se réunissant par la

rupture de leurs cloisons et ne se rompant pas à cause de la résistance de l'épiderme, plus dur dans certaines régions.

5° La *pustule* est une petite tumeur cutanée, arrondie, ordinairement régulière, d'une dimension variant depuis le volume d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois et formée par le soulèvement de l'épiderme distendu par du pus : c'est un véritable abcès sous-épidermique. La résorption du liquide épanché peut avoir lieu, et la pustule est remplacée par une croûte formée par l'épiderme et les parties solides de l'exsudat; mais le plus ordinairement l'épiderme se rompt, et une partie du liquide purulent qui s'échappe de la cavité pustuleuse se concrète et forme une croûte de couleur jaune ou brune, laquelle, se détachant plus tard, peut laisser à découvert des ulcérations d'aspect et de profondeur variables.

Lorsque les pustules sont petites et rapprochées de manière à se toucher et même quelquefois à se confondre, comme dans l'impétigo, on leur donne le nom de *psydraciées*. On appelle *phlyzaciées* les pustules plus volumineuses et qui sont ordinairement plus ou moins séparées les unes des autres et distinctes, telles que celles qui existent dans l'ecthyma, dans l'acné et dans la variole.

La pustule résulte de l'inflammation du corps muqueux et du derme : dans ces parties de la peau atteintes d'inflammation, des cellules embryonnaires se développent, se gonflent, et, en se rompant, déterminent la formation d'une cavité anfractueuse, contenant des globules blancs et des cellules épidermiques à plusieurs noyaux. Plus tard la suppuration survient par l'accumulation des globules blancs qui sortent des vaisseaux; à ce moment, les papilles sont dépouillées de leur revêtement épithélial, et le chorion lui-même, atteint par l'inflam-

mation, est transformé en tissu embryonnaire. Cette extension de l'inflammation au derme explique pourquoi la pustule peut laisser des cicatrices indélébiles, tandis que dans les vésicules et dans les bulles, le derme étant intact, la lésion cutanée s'efface sans laisser de trace.

Dans l'acné, la pustule siège dans le follicule sébacé, dans l'impétigo pilaire, elle se développe dans le follicule pileux. Quelques anatomo-pathologistes avaient pensé que le siège anatomique de la pustule était toujours dans les follicules sébacés ou pileux, et l'on avait même cherché à expliquer l'ombilication de certaines pustules par l'adhérence au milieu de cette pustule du conduit sébacé ou du poil apportant un obstacle au développement de la partie centrale. D'après les travaux récents de Neumann, d'Auspitz, de Vulpian, de Cornil et de Renaut, il est bien établi aujourd'hui que le siège des pustules n'est pas exclusif aux follicules, et que l'ombilication est due à ce que l'inflammation ayant commencé au centre et étant arrivée à son complet développement par la formation d'une cavité cloisonnée, la lésion s'accroît à la périphérie ; et les cellules, gonflées et non vidées, continuant à proliférer à la circonférence, il en résulte une saillie périphérique en forme de bourrelet circulaire.

Les pustules se rencontrent dans un assez grand nombre de maladies de la peau : dans l'impétigo, dans l'ecthyma, dans l'acné, dans la gale, dans la variole, dans la vaccine. J'ajouterai que les pustules se développent dans les conditions morbides les plus variées, et que le travail phlegmasique qui les produit se montre aussi bien dans les inflammations simples de la peau que dans les affections parasitaires, dans les fièvres et dans les maladies constitutionnelles, notamment dans la syphilis et dans la scrofule : dans ces deux dernières maladies, les pustules, en se rompant, forment souvent des ulcérations

qui présentent des caractères spéciaux utiles à connaître au point de vue du diagnostic.

6° On donne le nom de *papules* à de petites saillies cutanées, solides, souvent acuminées, quelquefois arrondies ou aplaties. Ces élevures ne contiennent pas primitivement de liquide, elles sont pleines ; mais elles peuvent être le siège d'une sécrétion séro-sanguine ou même purulente, lorsque leur sommet est excorié par le grattage ou par toute autre cause ; alors elles sont surmontées par une croûte noire ou jaunâtre. La couleur des papules est souvent semblable à celle de la peau ; quelquefois elles sont roses ou rouges ; tantôt la base de la papule est entourée d'une auréole rouge, d'autres fois la couleur de la peau ambiante reste la même. Après une durée variable, la papule s'affaisse et disparaît par un abaissement graduel ; le plus souvent le sommet est occupé par une squame, et la papule, en s'effaçant, disparaît en ne laissant que cette squame, laquelle ne tarde pas elle-même à tomber, non sans se renouveler plusieurs fois dans certaines maladies. Une fois effacée, la papule peut laisser une tache temporaire grise ou brune ; mais elle est rarement remplacée par une cicatrice, la lésion qui la constitue étant superficielle et n'atteignant pas habituellement la profondeur du derme. Dans la plupart des maladies papuleuses, l'éruption est accompagnée d'une démangeaison souvent très vive.

Des opinions très diverses ont été émises sur la nature de la papule et sur son siège élémentaire. Plumbe a attribué la formation de la papule à l'inflammation d'un capillaire de la peau et à la sortie de ce vaisseau d'un peu de lymphe plastique soulevant l'épiderme. La plupart des auteurs modernes, en s'appuyant sur l'existence des démangeaisons habituelles aux éruptions papuleuses, ont localisé la papule dans les papilles nerveuses de la peau, et ont rapporté l'élevure papuleuse à l'inflammation des

papilles, opinion peu probable, car la démangeaison se rencontre dans beaucoup d'affections cutanées caractérisées par des éruptions vésiculeuses, pustuleuses et autres. Mais toutes ces manières de voir étaient hypothétiques et ne s'appuyaient sur aucune preuve anatomique. Aujourd'hui, les recherches histologiques ont démontré que la papule est le résultat d'une inflammation congestive et localisée de la peau, laquelle, au lieu de s'étendre en nappe, est circonscrite sur une petite surface et forme ainsi une saillie pleine. Sur une coupe de cette élevure, on peut voir les espaces du tissu conjonctif cutané remplis de jeunes éléments, et les vaisseaux entourés de cellules embryonnaires qui leur forment une espèce de gaine ; en même temps on constate l'existence d'un œdème inflammatoire localisé, qui constitue l'élevure papuleuse. Lorsque la papule a une durée prolongée, comme dans le lichen ou dans le prurigo, la lésion se prolonge quelquefois jusqu'au derme, qui s'épaissit légèrement; on peut voir alors des lésions des poils, la multiplication des fibres lisses du derme et l'accumulation d'un peu de lymphe dans les interstices du tissu conjonctif.

Comme lésion élémentaire, la papule se rencontre dans le strophulus, dans le prurigo, dans le lichen, dans la syphilide papuleuse.

7° La *squame* est une lésion élémentaire sèche, constituée par des débris épidermiques plus ou moins altérés, présentant des variétés de forme, d'épaisseur et de coloration. Tantôt la squame se présente sous la forme de poussière, elle ressemble à du son ; elle est peu adhérente, et se détache facilement; tantôt les squames sont lamelleuses et constituent de larges lambeaux, comme dans la scarlatine; d'autres fois elles sont adhérentes, accumulées les unes sur les autres, de manière à former une saillie très prononcée, ainsi que cela a lieu dans le psoriasis. Les squames sont habituellement grises; elles

sont quelquefois blanches, mais elles peuvent avoir une coloration jaunâtre comme dans le pityriasis versicolor; on les a vues plus rarement d'une couleur presque noire, comme dans certains cas d'ichthyose.

La squame est le résultat d'une irritation spéciale du corps muqueux, qui détermine une prolifération exagérée des cellules épidermiques. Cette irritation est accompagnée d'un état congestif des vaisseaux de la peau, et quelquefois aussi d'une altération des filets nerveux ainsi que cela a été constaté récemment pour l'ichthyose.

On doit distinguer les squames primitives, qui constituent une véritable lésion élémentaire, et les squames secondaires, qui résultent de l'évolution d'une autre lésion, ainsi que cela a lieu souvent à la suite des exanthèmes ou même des maladies vésiculeuses ou papuleuses. Les squames primitives ont seules une importance nosologique. Dans les maladies squameuses on doit placer le pityriasis, le psoriasis, l'ichthyose et une forme spéciale de syphilides, la syphilide squameuse.

8° Le *tubercule*, en dermatologie, n'a rien de commun avec le produit pathologique décrit sous ce nom dans la pathologie générale; c'est une petite tumeur arrondie, à base profonde, du volume d'un pois et même d'une noisette. La marche des tubercules est ordinairement chronique: ils peuvent disparaître par le fait d'une résorption graduelle; ils peuvent se ramollir et suppurer; ils sont souvent le siège d'un processus ulcératif et se transformant en ulcères, comme cela arrive dans la scrofule, dans la syphilis, dans la lèpre, dans le cancer.

Le siège anatomique du tubercule est donc le derme et quelquefois le tissu cellulaire sous-jacent; il est le résultat d'une inflammation chronique de ces tissus amenant une prolifération embryonnaire et une destruction du tissu lamineux; en même temps, au voisinage de cette nouvelle formation, il peut se développer une endo-artérite

qui diminue notablement le calibre des vaisseaux, laquelle altération vasculaire doit jouer un rôle important sur la production des ulcérations au niveau du tubercule mal irrigué et disposé à la nécrobiose. J'ajoute que le tubercule peut subir la transformation caséeuse et la transformation fibreuse.

Les tubercules forment la lésion élémentaire du molluscum, de plusieurs variétés de scrofulides et de syphilides, de lésions cutanées appartenant à la lèpre, au cancer.

A cette description méthodique des lésions élémentaires cutanées, Bazin a proposé d'en substituer une autre qui lui a paru plus simple, mais que je ne saurais adopter; elle ne comprend que quatre divisions : 1° celle des taches; 2° celle des boutons; 3° celle des exfoliations, et 4° celle des ulcérations. En voulant simplifier, Bazin a trop confondu; ses classes sont trop compréhensives, et de plus elles ne sont pas toutes admissibles. La première peut être acceptée, elle correspond à l'ordre des macules de Willan; mais la seconde, celle des boutons, c'est-à-dire celle caractérisée par des saillies cutanées, contient tant de lésions différentes, qu'il est difficile de s'y reconnaître. Dans la troisième se rangent assez naturellement les maladies caractérisées principalement par des sécrétions; mais le sens grammatical du mot *exfoliation* se rapporte à un *produit foliacé*, et ces feuillets ne se retrouvent pas dans toutes les maladies rangées dans les affections exfoliatrices, dans l'acné sébacée, par exemple; enfin, les ulcérations ne sont pas des lésions élémentaires primitives, elles sont consécutives à d'autres altérations.

Je crois donc qu'au point de vue graphique, on doit encore aujourd'hui s'en tenir aux huit lésions élémentaires de Willan, auxquelles j'ai proposé, pour être plus complet, de joindre trois autres lésions, les excrois-

sances, les produits des sécrétions cutanées, sudorale ou sébacée, et les lésions spéciales aux parasites, telles que les sillons formés par les acares, les croûtes, les poussières ou les crasses parasitaires.

C'est à l'aide de ces diverses lésions, c'est en cherchant à les reconnaître tout d'abord, lorsqu'on se trouve en face d'une maladie cutanée, qu'on peut arriver assez facilement à distinguer cette maladie et à la dénommer. C'est là un mode artificiel du diagnostic qu'il est impossible de négliger et qui donne d'excellents résultats dans la pratique. Mais est-ce une base de classification suffisante, et doit-on se borner à constater qu'une maladie de la peau est papuleuse ou vésiculeuse, et à lui donner la dénomination qui lui convient dans cet ordre des papules ou des vésicules? Je ne le pense pas.

Je suis loin de méconnaître les services rendus à la dermatologie par Willan et son école; je sais parfaitement que c'est à cet auteur distingué et à ses élèves qu'on doit la clarté apportée de nos jours dans la pathologie cutanée; je reconnais que c'est à lui qu'on doit la précision du diagnostic et l'adoption définitive de la nomenclature, sans laquelle il n'y a pas de science. Willan a fourni aux médecins une méthode analytique à l'aide de laquelle on peut arriver facilement à distinguer et à dénommer les maladies de la peau, comme on distingue et l'on nomme une plante ou un animal en histoire naturelle; mais la méthode qu'il a préconisée est tout artificielle : ce n'est pas, à proprement parler, une classification, car les lésions élémentaires sur lesquelles elle repose exclusivement ne nous font connaître qu'une partie de ce qui appartient à la maladie, que le caractère extérieur. Aussi par cette méthode, qui ne considère que l'aspect des éruptions, on arrive à réunir dans un même groupe nosologique les états morbides les plus différents, lesquels n'ont qu'une ressemblance apparente, qu'un seul point de contact,

savoir, l'existence commune d'une lésion initiale, qui ne joue aucun rôle dans la notion du pronostic ni dans l'indication du traitement. C'est ainsi qu'on voit figurer dans la classe des exanthèmes la rougeole et l'érythème causé par une friction irritante, et dans la classe des pustules la variole à côté de l'impétigo et de l'ecthyma ; tandis qu'on sépare complètement des affections qui devraient se trouver naturellement réunies à cause de leurs caractères communs généraux, telles que les éruptions qui composent la famille si naturelle des fièvres éruptives et dont chaque genre est placé par Willan dans un ordre différent, suivant que la maladie est constituée par des pustules, des vésicules ou des taches exanthématiques.

C'est dire que l'école de Willan a laissé complètement de côté la question de la nature de la maladie, question très importante dans la pratique et qu'il n'est pas permis au médecin de négliger. C'est ce qu'ont cherché à faire comprendre certains médecins qui, moins soucieux de la forme extérieure que les auteurs anglais et leurs disciples français, ont tenté de ranger les maladies de la peau d'après leur nature présumée. Le représentant le plus célèbre de cette dernière doctrine a été Alibert, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, lequel eut l'idée de classer les maladies de la peau d'après une classification naturelle, en prenant pour base de ses divisions nosologiques, non pas un seul caractère, la lésion initiale, mais la réunion des caractères principaux de l'affection, caractères empruntés à la lésion, à la cause, à la marche, à la gravité et même aux moyens de traitement à employer. On ne peut nier que cette manière d'envisager les maladies de la peau ne fût plus philosophique et plus pratique. Malheureusement Alibert eut le tort de substituer aux noms vulgaires et habituels des maladies cutanées des dénominations bizarres et peu harmoniques ; il commit surtout la faute de figurer la peau et

l'ensemble de ses maladies sous la forme singulière d'un arbre, qu'il appela l'*arbre des dermatoses*, dans lequel les branches principales représentaient les familles, les rameaux les genres nosologiques contenus dans la famille, et les ramuscules les variétés. Aussi, malgré ses avantages, la méthode d'Alibert, plus compliquée, plus difficile à comprendre et à retenir, ne put lutter contre la simplicité de la classification anglaise; elle tomba bientôt dans l'oubli, et pendant plusieurs années on adopta pour l'enseignement de la dermatologie la méthode anatomo-pathologique proposée par Willan.

Néanmoins, à mesure que l'étude des maladies de la peau fut poussée plus loin, on sentit l'insuffisance, au point de vue pratique, de la doctrine des lésions élémentaires, et, tout en donnant à la considération de ces lésions une place importante dans le diagnostic, on éprouva le besoin de connaître une maladie cutanée autrement que par les papules, les vésicules ou les squames qu'on aperçoit sur la peau. Depuis une vingtaine d'années, par des leçons, par des publications diverses, Bazin et moi, nous nous sommes efforcés de démontrer que, parmi les maladies de la peau, les unes sont purement locales, que les autres se développent sous l'influence d'une disposition générale ou constitutionnelle, et qu'il est indispensable, pour le pronostic et pour le traitement, de distinguer la nature de ces affections sans s'arrêter outre mesure aux caractères extérieurs de l'éruption.

C'est d'après cet ordre d'idées que Bazin a proposé de ranger les maladies de la peau en trois classes : la première comprenant les affections de cause externe, et particulièrement les affections parasitaires, artificielles et mécaniques; la seconde renfermant les affections de cause interne subdivisées en trois sections : *a*. les éruptions fébriles; *b*. les affections dépendantes des diathèses

cancéreuses, tuberculeuses, etc.; les affections dépendantes des maladies constitutionnelles, qui sont l'herpétisme, l'arthritis, la scrofule, la syphilis et la lèpre; et la troisième classe contenant les difformités cutanées congénitales ou acquises.

Je dois ajouter, pour bien faire comprendre la doctrine professée par Bazin, que mon ancien collègue donne de la maladie une définition qui lui est propre et qui n'est pas acceptée généralement. Pour lui, la maladie est *un etat accidentel et contre nature de l'homme, qui produit et developpe un ensemble de désordres fonctionnels et organiques, isoles ou réunis, simultanés ou successifs*. Il admet donc que la maladie est un état de tout l'organisme, un désordre général qui produit et développe les *affections* ou états morbides locaux caractérisés par les lésions ou les symptômes. Dans ce système, il n'y a pas de maladies locales : or, comme la peau ne forme qu'une partie limitée de l'organisme, il n'y a pas de maladies de la peau, il n'y a que des affections cutanées, soit de cause externe, soit consécutives à une maladie générale, comme la scrofule ou la syphilis, par exemple. Et en effet, dans ses cours, dans ses ouvrages, dans toutes ses publications, Bazin ne désigne jamais que sous le nom d'*affections cutanées* les diverses éruptions susceptibles de se développer sur la peau.

Nous ne pouvons nous empêcher de critiquer ces principes de pathologie générale relativement à la maladie. En donnant aux mots *maladie* et *affection* un sens différent de celui qui est généralement adopté, en employant pour désigner certains états morbides de la peau des mots nouveaux ou des mots anciens appliqués différemment, Bazin a créé, pour son école, une langue à part, qui rend l'étude de la dermatologie difficile et qui empêche même souvent de comprendre facilement les opinions de l'auteur. En outre, la classification proposée par Bazin, ne

reposant que sur des données étiologiques, nous paraît avoir une base insuffisante : une maladie, en effet, peut se développer sous l'influence de conditions diverses; d'autre part, en admettant des divisions suivant les causes, on s'expose à des répétitions fréquentes, et l'on produit une confusion nuisible à la clarté qui doit toujours régner dans un enseignement didactique. Pour appuyer ma critique sur un exemple, je puis citer l'eczéma, qui constitue pour la plupart des pathologistes et des cliniciens une maladie bien déterminée, et qui cependant figure successivement, dans les ouvrages de Bazin : parmi les affections de cause externe, s'il survient à la suite d'un contact irritant; parmi les affections parasitaires, s'il accompagne la gale ou le favus; parmi les affections herpétiques, arthritiques ou scrofuleuses, suivant que le sujet sur lequel on rencontre l'éruption est considéré comme herpétique, arthritique ou scrofuleux.

Tout en reconnaissant les progrès accomplis par Bazin en dermatologie, je n'ai donc pas cru devoir adopter sa manière de comprendre et d'étudier les maladies de la peau; outre que sa classification, fondée uniquement sur l'étiologie, me paraît reposer sur une base trop étroite, je lui reproche surtout d'avoir admis souvent des causes hypothétiques et d'avoir ainsi créé des divisions artificielles. A lui et à la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de la peau, je fais surtout le reproche d'avoir voulu isoler les maladies de la peau de la pathologie ordinaire, d'avoir créé pour elles une classification à part, une langue à part. Il est temps, il me semble, de proclamer que les maladies de la peau sont soumises aux mêmes lois pathologiques que les affections de tout autre appareil physiologique, et que le progrès doit être aujourd'hui de les placer dans une classification naturelle applicable à tous les états morbides, quel que soit leur siège.

Aussi, je crois qu'il est sage, dans l'état actuel de la science, et après tous les efforts tentés dans ces derniers temps pour rapporter les maladies de la peau, soit à des causes externes et accidentelles, soit à des maladies générales dont elles ne sont que les manifestations extérieures, soit aux seules lésions anatomo-pathologiques, de se servir de la classification adoptée pour toutes les autres maladies, et de ne pas créer de cadres dermatologiques purs. D'après cette opinion opposée autant que possible à la spécialité, je pense qu'on peut ranger toutes les maladies de la peau dans dix classes, lesquelles sont, à très peu de chose près, celles que nous avons adoptées, Béhier et moi, dans notre *Traité de pathologie interne*.

En entrant dans le détail de ces classes, on trouve :

1° Les *difformités*, qui ne sont pas, à proprement parler, des maladies ; ce sont des vices de conformation congénitaux ou acquis d'un ou de plusieurs des éléments de la peau, lesquels, une fois développés, persistent habituellement pendant toute la vie, sans trouble de la santé générale. Les principales difformités sont : les éphélides, le lentigo, le vitiligo, l'albinisme, la nigritie, les verrues, le molluscum, l'acné miliaire, les nævi, l'ichthyose et la kéloïde.

2° Les *maladies inflammatoires de la peau*, lesquelles sont tantôt idiopathiques, tantôt secondaires d'une autre affection cutanée, mais toujours indépendantes d'une cause diathésique. Dans plusieurs maladies de la peau on rencontre des phénomènes inflammatoires, mais dans quelques-unes la lésion inflammatoire est subordonnée à une maladie générale, comme dans la variole, dans la syphilis, dans les maladies dartreuses même ; je ne place pas ces éruptions dans la classe dont il s'agit, parce que la lésion phlegmasique est subordonnée à la maladie

principale, laquelle donne un cachet particulier à l'éruption cutanée. Dans cette seconde classe je fais rentrer seulement les éruptions dans lesquelles l'inflammation locale de la peau joue le principal rôle, en dehors de toute diathèse ou de toute maladie générale : tels sont l'érythème, l'ecthyma, le zona, le pemphigus, l'acné, le strophulus et le prurigo.

3° Les *maladies parasitaires* sont les éruptions consécutives à la présence de parasites cutanés. Parmi ces affections, nous nommerons le favus, la trichophytie, la pelade, le pityriasis versicolor, déterminés par la présence sur la peau de végétaux parasites; et la phthiriase, la gale, et quelques autres éruptions causées par des parasites animaux. C'est là une des classes les plus naturelles et dont la connaissance scientifique est due aux travaux modernes, et principalement aux recherches de Bazin.

4° Les *maladies infectieuses*, dans lesquelles l'infection cutanée tend à se terminer par une mortification d'une partie de la peau, comme dans le furoncle, dans l'anthrax et le charbon, et paraît être développée sous une influence septique.

5° Les *congestions cutanées* sont assez rares; elles siègent presque exclusivement au visage; elles sont souvent secondaires à une autre affection interne.

6° Les *hémorrhagies de la peau* sont, comme dans a plupart des appareils, le plus souvent secondaires à une gêne de la circulation ou à une altération du sang : tantôt l'hémorrhagie a lieu à l'extérieur, comme dans les sueurs de sang, tantôt et plus souvent le sang s'épanche dans l'épaisseur de la peau, comme dans le purpura.

7° Les *hypercrinies cutanées*, ou *flux*, sont le résultat de la sécrétion exagérée d'une des humeurs élaborées dans les glandes de la peau : l'augmentation de la sécrétion sébacée donne lieu à l'acné sébacée ; l'exagération de la sueur donne lieu à des sueurs abondantes générales ou locales ; une altération toute spéciale de la sueur produit les sueurs colorées.

8° Les *névroses de la peau* constituent une classe très naturelle de maladies cutanées ; elles sont tantôt idiopathiques, tantôt secondaires, soit à une affection d'un appareil quelconque, soit et plus souvent à une maladie du système nerveux : l'urticaire, l'hyperesthésie cutanée, l'analgésie, l'anesthésie, rentrent dans cette classe.

9° Les *affections cutanées fébriles* sont des éruptions accompagnées de fièvre, et dans lesquelles l'éruption paraît être subordonnée à un état général fébrile ; l'affection cutanée ne semble constituer qu'une partie de la maladie. Cette classe renferme comme sous-divisions :

a. Les *fièvres éruptives*, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine.

b. Les *pseudo-fièvres éruptives*, dans lesquelles on constate également des phénomènes généraux, précédant et accompagnant l'éruption, mais dont la marche est moins régulière et dont les récidives sont fréquentes : tels sont la roséole, l'érysipèle, les érythèmes généralisés.

c. Les *éruptions* qui se développent sous l'influence d'un état fébrile, quelle que soit sa nature, et qui sont des affections légères et tout à fait subordonnées. Je nommerai l'herpès fébrile, les sudamina, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde.

10° Les *éruptions constitutionnelles* appartenant à

des maladies générales spéciales, lesquelles sont au nombre de six :

a. Les *éruptions dartreuses*, auxquelles je rattache les éruptions dites *arthritiques*, dépendantes d'un état général de l'économie désigné habituellement sous le nom de *diathèse dartreuse*, et dont les caractères principaux sont l'hérédité, la symétrie des éruptions, la marche irrégulière et extensive, les récidives fréquentes, la superficialité de la lésion cutanée et sa disparition sans cicatrice durable.

b. Les *scrofulides*, affections cutanées symptomatiques de la *scrofule*. Ces éruptions ont pour principaux caractères une coloration violacée, le gonflement du tissu cellulaire sous-jacent et périphérique, la marche extrêmement lente, l'absence de phénomènes inflammatoires locaux très prononcés, et la guérison avec des cicatrices persistantes ordinairement inégales, réticulées et très marquées.

c. Les *syphilides*, dues à la *syphilis*, quelquefois congénitale et le plus souvent acquise; éruptions qui se distinguent par une coloration spéciale, par une forme ordinairement arrondie, par l'absence habituelle de réaction inflammatoire locale, par la forme particulière des ulcérations, par la coloration et la sécheresse des croûtes, qui sont d'une couleur verdâtre et d'une dureté souvent ligneuse.

d. Les *eruptions pellagreuses*, appartenant à cette maladie cachectique spéciale appelée *pellagre*, caractérisée symptomatiquement par un érythème des parties exposées au soleil, par des troubles de l'appareil digestif et par des accidents du côté du système nerveux.

e. Les *léproïdes*, éruptions variées se développant chez les individus atteints de l'affection générale, désignée sous le nom de *lèpre* ou d'*éléphantiasis des Grecs*.

f. Enfin, les affections *cancéreuses* de la peau, pouvant se rapporter, soit à la forme fibro-plastique, soit à la

forme épithéliale, soit à la forme carcinomateuse proprement dite, et se développant sous l'influence de la *diathèse cancéreuse*.

Cette manière de classer et d'envisager les maladies de la peau, que j'ai exposée dans mes cours à l'hôpital Saint-Louis, me paraît réunir de sérieux avantages : d'abord elle fait rentrer les affections cutanées dans le cadre de la pathologie ordinaire, et elle rompt avec les idées de spécialité trop longtemps professées ; mais surtout elle a le mérite de réunir dans les mêmes classes des éruptions qui ont des origines analogues, qui présentent des symptômes communs et qui réclament le même ordre de moyens thérapeutiques. D'après le système de classification de Willan, on arrive certainement, à l'aide des caractères extérieurs, à reconnaître une maladie de la peau, à la dénommer, comme on parvient à nommer une plante ou un animal en histoire naturelle. Mais cette connaissance du nom de la maladie ne sert à rien pour éclairer le médecin sur la nature de l'éruption, sur sa gravité et sur le traitement qu'elle réclame ; tandis qu'en considérant les maladies cutanées d'après leur nature, par cela seul qu'on sait que telle affection appartient à une classe déterminée, on a déjà une idée de son mode d'origine, de son pronostic, et l'on possède une indication générale du genre de traitement qui lui convient.

Pour la plupart des médecins qui n'ont pas l'expérience nécessaire pour apprécier les détails précis d'une éruption et pour en reconnaître les variétés, l'essentiel est d'en distinguer les caractères principaux, pour savoir dans quelle grande classe naturelle doit être placée la maladie qu'ils ont sous les yeux et pour pouvoir lui appliquer le traitement convenable. Peu importe, dans la pratique, qu'on ait affaire à un lichen ou à un eczéma,

à une syphilide papuleuse ou à une roséole; la chose importante est de savoir que dans un cas il s'agit d'une éruption dartreuse, dans l'autre d'une maladie syphilitique : ce diagnostic de nature entraîne par lui-même l'indication du traitement rationnel et efficace qu'on doit appliquer.

C'est ainsi que, dans la première classe, comprenant les *difformites* de la peau, il s'agit de taches ou de tumeurs permanentes qu'on ne peut guérir qu'en les détruisant à l'aide du bistouri ou d'un caustique. Il est donc inutile d'en entreprendre la curation ; tout au plus pourra-t-on réussir à les pallier momentanément par des moyens topiques et extérieurs, comme on peut quelquefois le faire dans le lentigo ou dans l'ichthyose, mais dans ces affections tout traitement interne est complètement inutile.

Dans la seconde classe, *éruptions inflammatoires*, ce sont les phénomènes d'inflammation locale qui dominent et qui doivent être combattus par les agents de la médication antiphlogistique.

Dans la troisième classe, il s'agit encore d'une maladie extérieure avec des manifestations phlegmasiques, mais il y a un élément prédominant et préexistant à toute éruption, un parasite; pour obtenir la guérison, il est indispensable de s'attaquer à ce parasite par les moyens externes destinés à l'enlever et à le détruire, et en se servant des médicaments parasiticides indiqués dans chaque espèce de maladie. Dans le traitement de ces affections, on devra se rappeler encore, surtout lorsqu'il s'agit des productions parasitaires végétales, que le développement de ces produits est singulièrement favorisé par un état de débilité de l'organisme, et que la guérison n'est obtenue souvent d'une manière définitive qu'à la condition de combattre et de modifier ce mauvais état général à l'aide des agents de la médication reconstituante.

Les éruptions *gangréneuses* réclament un traitement médical et chirurgical tout spécial, en rapport avec la nature de la maladie; j'ajoute que la pustule maligne doit être cautérisée profondément, au plus tôt et avant que les phénomènes généraux aient démontré l'infection générale de l'économie.

Je n'ai rien à dire de spécial sur les *congestions*, les *hemorrhagies* et les *névroses* de la peau; ces affections sont ordinairement consécutives à une altération du sang ou à une maladie du système nerveux: c'est en s'adressant à la cause qu'on doit les combattre.

Sous le rapport du traitement, le groupe des *affections cutanées fébriles* a une signification toute particulière. Dans les fièvres éruptives, l'éruption n'a qu'un intérêt, diagnostic ou pronostic; il n'y a pas ordinairement à lui opposer de moyens thérapeutiques. De plus, dans ces maladies, il y a des périodes régulières, une marche naturelle qu'on ne doit pas entraver par une médication perturbatrice : de là le précepte, pour le médecin, de ne pas intervenir lorsque la maladie se présente à l'état de simplicité, et de se contenter de combattre les complications lorsqu'elles surviennent. C'est ce qu'on fait tous les jours pour la variole, pour la rougeole et pour la scarlatine. En plaçant l'érysipèle parmi les fièvres éruptives, j'indique que cette maladie est également justiciable de la méthode expectante, et qu'en n'employant pas contre elle des moyens thérapeutiques inutiles et intempestifs, on diminue singulièrement la gravité de cette affection.

Enfin, c'est surtout lorsqu'il s'agit des éruptions dépendantes d'une maladie constitutionnelle, d'un état diathésique congénital ou acquis, que se révèle l'avantage de la classification naturelle; et, sans que j'aie besoin d'entrer ici dans les détails, il est évident que la considération de la nature de l'éruption vient alors en pre-

mière ligne dans le choix des moyens thérapeutiques. Une affection dartreuse réclame l'emploi des moyens émollients et antiphlogistiques tant que les phénomènes inflammatoires prédominent; puis plus tard l'administration des agents de la médication altérante, et particulièrement des alcalins, du soufre, de l'arsenic, en même temps que la stricte observation d'une hygiène très sévère. Dans les éruptions syphilitiques secondaires, le mercure est le médicament par excellence; dans les éruptions tertiaires, il faut surtout croire à l'efficacité de l'iodure de potassium seul, ou mieux associé au mercure. Dans les scrofulides, le traitement général qui réussit dans la scrofule est tout d'abord indiqué; les moyens locaux sont relégués au second rang; cependant, dans quelques cas très chroniques, les topiques substitutifs, les incisions ou les caustiques, peuvent être employés avec avantage pour favoriser les résolutions de certaines affections de la peau, ou pour accélérer la cicatrisation de certaines ulcérations interminables. Il est également évident que la connaissance de la nature des éruptions pellagreuses, lépreuses et cancéreuses, est d'un grand secours pour la thérapeutique. Dans la pellagre, dans la lèpre, le changement des conditions hygiéniques, et en particulier des habitudes et du climat, entre en première ligne. Pour ce qui est des éruptions de nature cancéreuse, et particulièrement des productions épithéliales, l'indication est de les enlever le plus promptement possible, soit avec l'instrument tranchant, soit par l'application de caustiques.

Ces considérations dans lesquelles je viens d'entrer sur la thérapeutique générale des maladies de la peau me paraissent constituer le meilleur argument en faveur de la manière actuelle de considérer ces affections relativement à leur nature. A l'aide de la méthode que j'ai exposée et qui est adoptée à peu près généralement au-

jourd'hui en France, non seulement on connaît bien les maladies de la peau, mais, en ajoutant au nom de la maladie le nom de la classe à laquelle elle appartient, on a l'indication du traitement rationnel qu'on doit lui appliquer. On sort de l'empirisme, qui a si longtemps régné en dermatologie, pour entrer dans la science.

Pour être complet, j'aurais dû énumérer et discuter ici les diverses et nombreuses classifications proposées par les auteurs pour y faire entrer toutes les maladies de la peau ; mais, dans un ouvrage comme celui-ci, entrepris au point de vue purement pratique, j'ai pensé que c'était une tâche inutile, et je me contente de faire connaître ma manière de voir relativement à la coordination des affections cutanées, et d'indiquer ainsi l'ordre dans lequel je vais les décrire successivement.

PREMIÈRE CLASSE

DIFFORMITÉS DE LA PEAU

Dans le langage pathologique ordinaire, on donne le nom de *difformités* à des altérations dans la forme, dans la direction ou dans la dimension de certains organes ou de certaines parties du corps, altérations souvent congénitales, quelquefois acquises et consécutives à des maladies, mais ayant pour caractère spécial d'être permanentes, d'être compatibles avec l'intégrité de la santé générale, et de constituer ainsi un état anormal particulier altérant la régularité du corps, mais ne constituant pas, à proprement parler, des maladies : tels sont les gibbosités de la colonne vertébrale, le raccourcissement des membres, l'atrophie ou le développement exagéré de certains organes ou de certaines parties du corps.

Ce sont là des états anatomiques anormaux qui nuisent à la symétrie, à la régularité des formes extérieures, qui peuvent même entraver l'exercice de certaines fonctions, mais qui, n'altérant pas habituellement la santé générale, ne peuvent pas être considérés comme des maladies. La peau est soumise à cette loi générale des déviations, et elle peut être le siège de taches, d'excroissances, d'exfoliations permanentes qu'on doit rattacher aux difformités, et qui rentrent dans les dermatoses dyschromateuses et hétéromorphes d'Alibert, dans les anomalies, les hypertrophies, les atrophies, les néoplasies de plusieurs auteurs modernes.

Ces difformités cutanées ne sont habituellement accompagnées d'aucune sensation douloureuse, elles sont seulement apparentes et nuisent à la beauté de la peau. Innées ou acquises, une fois développées, elles deviennent permanentes et sont bien rarement susceptibles de disparaître, à moins qu'on ne puisse les détruire par le caustique ou les enlever par une opération, lorsqu'elles sont limitées à un petit espace.

Ces déviations de l'aspect normal de la peau sont nombreuses ; elles présentent des variétés infinies de siège, de coloration, de forme et d'étendue. Quelquefois elles sont très limitées et d'une petite dimension ; d'autres fois elles occupent de larges espaces ; quelquefois elles sont générales et s'étendent à toute l'enveloppe cutanée ; elles peuvent même atteindre certains points des muqueuses situées à l'intérieur. Le plus souvent ces difformités sont le résultat d'une déviation dans le développement régulier d'un des éléments de la peau ; quelquefois cependant plusieurs des parties constituantes de l'enveloppe cutanée sont atteintes simultanément, mais il y a toujours un élément qui paraît plus spécialement affecté. C'est d'après ce siège anatomique apparent que nous allons décrire successivement les diverses difformités

de la peau : quelques-unes n'ont qu'un intérêt de curiosité, nous ne ferons que les indiquer sommairement; mais nous insisterons davantage sur certaines autres déformations qui ont occupé avec raison les dermatologistes par leur gravité, par leur étendue, et aussi par des considérations intéressantes relatives à leur développement, à leur siège anatomique et à leur diagnostic.

§ 1. — Difformités de l'appareil pigmentaire.

Les difformités de l'appareil pigmentaire sont celles qui résultent d'une augmentation ou d'une diminution du pigment cutané normal ; elles sont nombreuses, et comprennent les états de coloration de la peau désignés sous les noms de : nævi pigmentaires, de lentigo, d'éphélides, de mélanodermie et de melasma, de coloration bleue, d'albinisme, de vitiligo et de canitie. Nous allons en faire la description.

1° Difformités par excès de pigment.

a. Nævi pigmentaires.

Définition. — On donne le nom de *nævi*, *nævi materni*, à des altérations cutanées, ordinairement congénitales, caractérisées, soit par des taches pigmentées, soit par des taches dues à un développement exagéré du tissu vasculaire. Je n'ai à m'occuper ici que des taches pigmentaires, appelées par les anciens *spili*, et désignées vulgairement sous le nom de *signes* ou d'*envies*, à cause de l'opinion erronée de leur cause, attribuée à des impressions éprouvées par la mère enceinte, à l'occasion d'une crainte, d'un dégoût ou d'un désir non satisfait, et manifestées chez les enfants par des taches rappelant par leur apparence l'objet qui avait impressionné la femme.

Description. — Ces *nævi* sont simplement pigmentaires ou hypertrophiques. Dans le premier cas, ils sont constitués par des taches jaunes, brunes ou noires, de petite dimension, arrondies, peu ou point saillantes. Ces taches sont ordinairement glabres; quelquefois elles sont couvertes de quelques poils doux et peu foncés en couleur. Leur siège et leur nombre sont variables : on les rencontre surtout à la figure. Quelquefois il n'y a qu'une ou deux taches; alors, par leur couleur disparate, elles font ressortir avantageusement la couleur blanche de la peau, et ont mérité le nom de *grains de beauté* qui leur a été quelquefois donné; mais d'autres fois elles sont nombreuses et d'un aspect désagréable. Les *nævi* sont ordinairement congénitaux; il est bien positif cependant, et j'en ai vu des exemples, que quelques-uns se développent après la naissance et même à l'âge adulte. Leur coloration intense dans les premières années qui suivent leur apparition peut s'affaiblir avec l'âge, et les taches elles-mêmes finissent quelquefois par disparaître; mais ordinairement elles persistent indéfiniment, sans être jamais le siège d'aucune manifestation subjective.

A l'examen histologique, on trouve le *nævus* pigmentaire constitué par un amas de granulations pigmentaires situées entre le derme et l'épiderme, et mélangées avec une assez grande quantité de matière amorphe.

Les *nævi* pigmentaires hypertrophiques ne sont plus de simples taches; ce sont des saillies plus ou moins élevées, plus ou moins étendues, figurant, par leur forme et par leur couleur, un grain de café, une couenne de lard, une araignée, une patte ou un morceau de peau d'animal velu, comparaison d'autant plus frappante, que ces petites tumeurs sont souvent surmontées de poils noirs, durs et touffus. Cette variété de *nævi* peut se rencontrer sur toutes les parties du corps; elles se voient surtout à la face, au cou et au front. Le plus souvent ces

excroissances sont uniques ou en petit nombre. Presque constamment congénitales, elles augmentent ordinairement d'étendue et de volume proportionnellement à l'accroissement de la région sur laquelle elles sont développées ; puis elles restent stationnaires, et quelquefois s'affaissent et se flétrissent dans un âge plus avancé. Lorsqu'elles existent à la face ou au cou, elles constituent une difformité d'un aspect désagréable. Dans les auteurs, dans les recueils périodiques, on trouve plusieurs exemples de ces *nævi* hypertrophiques assez développés pour donner à la peau un aspect répugnant: telle est cette histoire citée par Alibert d'un Italien qui, séduit par la beauté du visage et la grâce d'une jeune femme, l'épousa, et se trouva singulièrement effrayé en s'apercevant, le soir de son mariage, que sa nouvelle épouse présentait sur la presque totalité de l'enveloppe cutanée des taches noires, velues, qui faisaient ressembler son corps à celui d'un chien barbet.

Ces *nævi* hypertrophiques sont complètement indolents et ne troublent en rien la santé générale. Je dois noter cependant que j'ai rencontré assez souvent ces nævi en grand nombre chez des personnes présentant quelque autre difformité congénitale ou quelque arrêt de développement, particulièrement chez les idiots, chez les hydrocéphales, ou chez les sujets présentant quelque anomalie innée pouvant se rapporter au système nerveux. J'ai occasion de voir souvent une femme de vingt-huit ans, qui n'a jamais été réglée, qui est petite, qui a un développement incomplet de l'intelligence, et qui a le corps couvert de *nævi* hypertrophiques noirs, saillants et velus.

Structure. — Anatomiquement, les *nævi hypertrophiques* sont constitués par du tissu conjonctif enchevêtré, de consistance fibreuse, contenant des granulations pigmentaires et de la matière amorphe. Je ne crois pas devoir rattacher aux *nævi* ces tumeurs décrites par Walther

(de Landshut), par Schuls (de Berlin), par Laboulbène et par O. Larcher et indiquées sous le nom de *nævi lipomatodes*. La constitution adipeuse de ces productions, leur accroissement progressif, leur apparence pédiculée, me paraissent devoir les faire rattacner aux lipomes.

Le *diagnostic* des *nævi* est ordinairement facile. Leur apparition congénitale, leur aspect spécial, les distinguent des autres altérations de la peau caractérisées par des taches pigmentées ; il ne pourrait y avoir difficulté que pour différencier les *nævi* pigmentaires du lentigo et des éphélides. Mais dans le lentigo les taches sont plus nombreuses, moins foncées de couleur, plus plates et bien plus rapprochées les unes des autres ; elles s'effacent habituellement l'hiver pour revenir pendant l'été. Dans les éphélides, les taches sont plus larges, nullement saillantes, et autour de l'endroit où le pigment existe en excès il se trouve une zone décolorée, due à l'absence de la matière colorante de la peau.

La *thérapeutique* des *nævi* est à peu près nulle ; on ne peut les détruire qu'en les enlevant avec l'instrument ou avec un caustique, et alors il reste une cicatrice souvent plus désagréable que la tache enlevée. Cependant dans le cas d'un *nævus* hypertrophique apportant une déformation trop grande à la figure ou au cou, on pourrait l'enlever avec le bistouri, ou le détruire, en se servant préférablement d'un caustique alcalin, et particulièrement du caustique de Vienne, qui laisse des cicatrices peu apparentes. Pour les *nævi* pigmentaires, on peut les cacher avec une couche de sous-nitrate de bismuth ou de blanc de céruse délayés avec de l'eau, ou même, comme on l'a fait quelquefois avec succès, on peut les annihiler par le tatouage pratiqué à l'aide d'une aiguille trempée dans un mélange d'oxyde de zinc ou de magnésie et d'une petite quantité de minium ; mais la nuance exacte est difficile à obtenir.

b. Lentigo.

Définition. — On désigne sous le nom de *lentigo* des taches pigmentaires d'une forme arrondie, d'une petite dimension et d'une couleur d'un gris jaunâtre; vulgairement on les appelle *taches de rousseur*. L'existence de ces taches a été indiquée par les plus anciens auteurs; les dermatologistes modernes ont cherché à les faire rentrer dans leurs classifications : c'est ainsi que Willan et Bateman, qui ont eu d'ailleurs le tort de confondre le lentigo et les éphélides, placent le lentigo dans leur ordre des affections maculeuses de la peau, tandis qu'Alibert, l'indiquant sous le nom de *panne lenticulaire*, le place dans le groupe des dermatoses dyschromateuses. Tout le monde est à peu près d'accord aujourd'hui pour ne pas voir dans le lentigo une maladie réelle, mais pour le placer parmi les difformités de la peau. Comme les taches pigmentaires et comme les éphélides, le lentigo est constitué anatomiquement par une accumulation de pigment dans des points circonscrits; très petites dans le lentigo, ces taches sont plus larges dans l'éphélide. Dans ces points, le corps muqueux contient à sa face profonde des granulations pigmentaires plus nombreuses et plus serrées.

Description. — Les taches de lentigo sont ordinairement petites, régulièrement arrondies, d'une teinte grise ou jaune; quelques-unes sont quelquefois plus foncées, et peuvent aller jusqu'à la coloration noire (*lentigines nigræ*); elles ne présentent aucune saillie. Le plus ordinairement elles sont disséminées dans une région et parfaitement distinctes les unes des autres; quelquefois cependant elles sont plus nombreuses, plus rapprochées, et elles s'agminent de manière à se confondre. Ces taches peuvent se rencontrer sur toutes

les parties du corps, mais elles sont surtout apparentes sur les parties découvertes, au visage, à la face dorsale des mains, au cou ; cependant il en existe aussi fréquemment à la poitrine et aux jambes. L'exposition au soleil paraît en augmenter la coloration, car les taches de rousseur sont bien plus marquées, pendant l'été, sur la figure et sur les mains ; chez certaines personnes, elles ne se montrent même que pendant la saison chaude, et elles disparaissent complètement pendant l'hiver.

Le lentigo n'est accompagné d'aucune espèce de sensation morbide. Boerhaave et Lorry disent que les individus atteints de lentigo exhalent une odeur fade et désagréable, surtout lorsqu'ils ont chaud. Lorry surtout insiste sur cette odeur spéciale de la sueur, qu'il compare à celle du bouc ; il avance même qu'il a vu des femmes tomber en syncope en se trouvant exposées à cette odeur. Mais il y a là une simple coïncidence : cette mauvaise odeur, étrangère au lentigo, se rencontre chez les individus à poils roux, chez lesquels, en effet, la sueur est très odorante, et chez lesquels aussi on rencontre fréquemment des taches de rousseur.

Le lentigo est bien rarement congénital ; il apparaît ordinairement pour la première fois dans les premières années de la vie ; chez quelques individus, il ne se rencontre qu'au moment de la puberté. Une fois développé, il persiste habituellement, en présentant des alternatives d'intensité en rapport avec les saisons ; dans quelques cas rares, les taches disparaissent complètement vers le milieu de l'âge adulte.

Diagnostic. — Le lentigo est facile à reconnaître, et l'on peut le distinguer très aisément des autres taches cutanées ; sa forme arrondie, ses petites dimensions, empêcheront de le confondre avec les éphélides, constituées par des taches larges et irrégulières ; et l'on a de la peine à comprendre que Willan et Bateman aient appliqué

le même nom à ces deux altérations, si différentes, du pigment de la peau. Il est quelquefois plus difficile de différencier les taches du lentigo des macules qui succèdent à quelques éruptions syphilitiques, et surtout des taches de purpura arrivées à la coloration rouillée : toutefois, dans les macules syphilitiques, la coloration est ordinairement plus foncée ; les taches ont été précédées d'une autre lésion cutanée, elles sont quelquefois accompagnées d'une cicatrice qu'elles recouvrent ; elles n'ont pas toujours existé, et elles ne se montrent pas dans les mêmes lieux d'élection que les taches de rousseur. Quant aux macules du purpura qui ont déjà quelques jours de durée, leur couleur rouillée ressemble assez aux taches de rousseur, mais leur dimension est habituellement un peu plus grande ; elles se distinguent par leur apparition rapide, leur peu de durée et par leurs diverses nuances de coloration, qui varient successivement, et en quelques jours, du rouge vif au gris clair, et surtout par le mélange habituel de taches, dont les diverses couleurs attestent une époque de développement différente.

Etiologie. — Le lentigo est constitué par des dépôts de pigment accumulé, de manière à produire des taches arrondies. Cette distribution inégale de la matière colorante de la peau se rencontre presque exclusivement chez les sujets lymphatiques, à peau blanche, et principalement chez les individus roux ; c'est chez ces derniers que les taches de lentigo sont le plus nombreuses et le plus apparentes. Comme je l'ai déjà dit, c'est ordinairement dans la première enfance qu'a lieu la première apparition des taches, laquelle apparition se fait ordinairement sans aucun phénomène particulier et concomitant ; néanmoins Gordon a décrit un lentigo critique qui surviendrait après une fièvre, et qui, d'après cet auteur, serait le résultat d'une sorte de dépuration morbide (Alibert). J'ai eu occasion de voir cette année un cas de lentigo très intense

qui était survenu rapidement en quelques jours, chez une jeune fille de dix-huit ans, après une maladie fébrile indéterminée, ayant duré quinze jours : dans cette observation qui se rapproche évidemment des cas cités par Gordon, les taches étaient nombreuses ; la plupart avaient la dimension et la coloration grise des taches du lentigo ordinaire, mais quelques-unes, situées principalement au cou, au tronc et à la partie supérieure des cuisses, c'est-à-dire dans les parties habituellement couvertes par les vêtements, avaient la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, et présentaient une coloration d'un gris foncé, presque noir.

Traitement. — On ne connaît contre le lentigo aucun moyen de traitement efficace. On a bien conseillé les lotions avec une solution de sublimé, les applications de teinture d'iode ou d'huile de cade pure ; les onctions avec quelques pommades corrosives, telles que la pommade épispastique, la pommade oxygénée à base d'acide nitrique ; un industriel vend une eau antéphélique empruntée à mon formulaire habituel, et qui contient principalement du sublimé. Mais toutes ces lotions et ces frictions, qui ont pour résultat d'excorier la peau en enlevant l'épiderme, n'ont aucune efficacité ; si avec quelques liquides ou quelques pommades irritantes, on voit quelquefois les taches de lentigo s'effacer pendant quelques jours, elles ne tardent pas à reparaître lorsque la peau revient à son état normal. Il n'existe donc, jusqu'à présent, aucun moyen curatif à opposer au lentigo ; la seule chose qu'on doit conseiller aux femmes atteintes de cette difformité cutanée, et qui veulent conserver leur beauté dans son intégrité, c'est de s'exposer le moins possible au grand air et au soleil, et, principalement pendant la saison du printemps et de l'été, de garantir leur teint et leurs mains au moyen de chapeaux à larges bords, de voiles épais et de gants très montants.

c. Éphélides.

Ce mot *éphélides* n'a pas été entendu de la même manière par les différents auteurs qui se sont occupés de dermatologie, et une confusion regrettable a régné pendant longtemps entre la coloration anormale, qui constitue la véritable éphélide, et le lentigo, dont nous venons de parler, le pityriasis versicolor et même le purpura. Aujourd'hui on doit réserver le nom d'éphélides à des taches grises ou brunes, circonscrites, plus ou moins étendues, plus ou moins régulières, mais non uniformément arrondies, ne présentant ni desquamation ni démangeaisons, et déterminées par l'accumulation anormale du pigment cutané dans diverses régions. Cette définition se rapproche de celle donnée par Hippocrate, qui appelle ἐφηλίς les taches survenant chez certaines femmes par le fait de la grossesse, et qui applique le même nom à celles produites par les rayons solaires.

Description. — Les taches qui constituent les éphélides sont d'une couleur brune variant de nuances et d'intensité ; ordinairement elles sont d'un gris un peu foncé, tirant sur le jaune et représentant la coloration désignée sous le nom de *pain d'épice ;* quelquefois elles sont d'un gris un peu cendré ; dans d'autres cas, elles sont d'une couleur plus foncée se rapprochant du noir, et alors elles se confondent avec les colorations qu'on a désignées sous le nom de *melasma.* Leur étendue est également variable, depuis la dimension d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celle de la paume de la main et plus ; leur forme est quelquefois à peu près arrondie, d'autres fois elle est inégale. Les contours sont rarement réguliers ; le plus souvent ils sont sinueux ou frangés, mais toujours bien accusés. La limite des taches est d'ailleurs souvent indiquée par une décoloration de la peau, qui se remarque

tout autour de la surface plus foncée, et qui s'efface en s'éloignant. Cette zone de décoloration rend encore plus sensible la tache éphélique, et semble indiquer que dans ces cas il n'y a pas, à proprement parler, une augmentation réelle de la quantité de pigment, mais seulement un déplacement de la matière colorante de la peau, abandonnant certaines parties pour se porter en excès dans d'autres, ainsi que cela arrive d'ailleurs habituellement dans le vitiligo. Ces taches sont complètement indolentes et ne donnent lieu à aucune sensation, ni de chaleur ni de démangeaison ; leur surface est lisse, et ce n'est qu'exceptionnellement et, le plus souvent, par l'effet d'un topique appliqué dans un but thérapeutique, qu'on peut y apercevoir une légère desquamation épidermique.

Siége. — Les éphélides peuvent se développer sur les diverses régions du corps, mais on les rencontre cependant de préférence sur le visage, sur la poitrine et sur le dos des mains. A la face, au front, sur les pommettes des joues, ces taches se montrent, sous la forme de plaques irrégulièrement arrondies, et elles figurent quelquefois une sorte de moustache sur la lèvre supérieure ; souvent elles existent des deux côtés symétriquement. On en voit encore au cou et à la poitrine ; dans ces régions elles se développent surtout sur les parties découvertes ; et chez les personnes exposées longtemps à l'air, on voit souvent les éphélides avoir pour limite la partie de la peau recouverte habituellement par les vêtements et soustraite au contact de l'air extérieur et des rayons du soleil. Sur le dos des mains on aperçoit fréquemment des taches éphélitiques de forme à peu près arrondie et d'une couleur foncée se rapprochant du brun ou même du noir. Ces taches se développent presque exclusivement chez les vieillards, et leur coloration augmente souvent avec les années ; on les a désignées sous le nom assez malheu-

reux de *taches de mort :* elles ne se rapportent à aucun état morbide particulier.

Marche. — Une fois développées, les éphélides persistent souvent d'une manière indéfinie ; elles peuvent cependant disparaître complètement, et c'est ce qui arrive surtout pour les éphélides de la grossesse, lesquelles s'effacent souvent dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Sans disparaître complètement, quelques taches diminuent d'intensité avec le temps et deviennent moins apparentes. Lorsque les éphélides sont permanentes, elles peuvent présenter d'ailleurs des variations dans l'intensité de la coloration ; elles pâlissent habituellement pendant l'hiver pour devenir plus foncées pendant l'été. Ces différences sont expliquées par l'exposition à l'air extérieur et au soleil, plus prolongée et plus active pendant les saisons chaudes.

Diagnostic. — Les éphélides sont caractérisées, ainsi que nous l'avons déjà dit, par leur coloration grise ou brune, par leur absence de saillie et de desquamation, par leur indolence. On pourrait toutefois les confondre avec le lentigo, avec les *nævi* pigmentaires et avec certaines variétés de pityriasis. Mais dans le lentigo les taches sont petites, régulièrement arrondies, et ordinairement en très grand nombre. Les *nævi* pigmentaires sont souvent congénitaux ; ils sont d'une couleur plus foncée, ils sont habituellement plus ou moins saillants, et ils sont fréquemment recouverts par un bouquet de poils ; dans les cas douteux, on pourrait les distinguer des éphélides par l'absence à leur contour de la décoloration vitiligineuse qui se rencontre ordinairement autour de la tache éphélique. Le pityriasis, et particulièrement le pityriasis versicolor et le pityriasis nigra, ont été quelquefois confondus avec les éphélides. Un peu d'attention permettra d'éviter cette erreur : dans le pityriasis, on rencontre, sur les taches, des lamelles épidermiques, qu'on

peut rendre plus apparentes par le grattage, ce qui n'existe pas dans les éphélides; et, le plus souvent aussi, le malade ressent quelques démangeaisons qui ne sont pas observées dans les éphélides. On devra également distinguer les éphélides de la mélanodermie partielle constituée par des taches noires bien plus foncées et bien plus étendues que celles qu'on rencontre dans les éphélides. La mélanodermie peut, d'ailleurs, coïncider avec les éphélides, ainsi qu'on le voit surtout chez les femmes enceintes présentant souvent le masque éphélitique au visage, et les taches mélaniques au mamelon et à la ligne blanche devenue d'un noir plus ou moins foncé.

Pronostic. — Les éphélides ne sont pas, à proprement parler, une maladie; elles ne causent aucune douleur aux personnes qui en sont atteintes, mais elles constituent une difformité désagréable lorsqu'elles existent sur des parties découvertes, au visage ou au cou principalement; et, en dehors de la grossesse, leur guérison n'est pas ordinaire, elles persistent souvent d'une manière indéfinie, et deviennent surtout apparentes pendant l'été.

Étiologie. — Très rare chez les enfants, les éphélides ont été surtout observées dans l'âge adulte et dans la vieillesse; elles sont plus communes chez la femme que chez l'homme, et chez les femmes elles se développent fréquemment pendant la grossesse, en commençant à paraître le plus ordinairement à partir du quatrième ou du cinquième mois, et en augmentant d'intensité jusqu'à l'accouchement. L'action de l'air extérieur, du vent, et surtout du soleil, produit sur la peau de certaines personnes, aux endroits découverts, une augmentation de coloration qu'on désigne ordinairement sous le nom de hâle. Les mêmes causes peuvent amener de véritables éphélides, et j'ai vu plusieurs fois ces taches apparaître après un coup de soleil ou pendant un séjour au bord de la mer, sous l'influence du vent, qui est ordinairement

très vif sur les côtes. On voit également des taches pigmentaires, analogues aux éphélides, se développer sur certaines régions exposées aux rayons d'un foyer incandescent : chez les femmes qui se servent de chaufferettes contenant des charbons ardents, on observe quelquefois des taches jaunâtres ou violacées, irrégulières, frangées, souvent allongées et suivant le trajet des veines superficielles, lesquelles semblent formées par une accumulation de pigment mélangé à une certaine quantité de matière colorante du sang. Ces taches ont reçu le nom d'éphélides *inégales*.

Enfin, comme cause d'une espèce d'éphélides toute particulière, je signalerai l'infection syphilitique, laquelle peut produire, à la seconde période de la maladie, des taches pigmentaires d'un gris clair, irrégulières, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou de deux francs, semées sur une partie de la peau décolorée et plus blanche que le reste du corps. J'ai décrit ces taches pour la première fois en 1853, sous le nom de *syphilide pigmentaire;* elles se développent principalement chez les femmes, et surtout chez les femmes brunes à peau blanche ; on les rencontre aussi chez quelques hommes d'un tempérament lymphatique présentant une peau blanche qui se rapproche de celle de la femme. On les trouve le plus fréquemment au cou, soit sur les parties latérales seulement, soit tout autour, de manière à figurer une sorte de collier, auquel j'ai donné familièrement le nom de *collier de Vénus*. On peut les rencontrer aussi, mais beaucoup plus rarement, à la face, aux aisselles, aux aines et à la poitrine. Les éphélides syphilitiques ne sont pas influencées par le traitement spécifique ; elles persistent ordinairement pendant un long espace de temps, pendant plusieurs mois, et même deux ou trois ans, mais elles finissent par s'effacer graduellement et par disparaître complètement.

Traitement. — Les éphélides offrent une grande résistance aux moyens thérapeutiques à l'aide desquels on cherche à les faire disparaître, et, le plus ordinairement même, elles constituent des taches indélébiles. On doit savoir, d'abord, que tous les remèdes internes sont sans influence sur ces altérations maculeuses de la peau; les seuls moyens qui ont réussi quelquefois sont des moyens locaux. Je signalerai les lotions, ou mieux les douches appliquées sur les régions malades avec des solutions alcalines de borate ou de sous-carbonate de soude, ou avec des eaux sulfureuses naturelles ou artificielles. J'ai vu quelques cas de guérison obtenue par les eaux de Bagnères de Luchon et de Barèges, administrées en douches. Je me suis servi également, avec quelque avantage, d'onctions avec une pommade à l'acide nitrique (axonge, 30 grammes; acide nitrique, 1 gramme), d'application de teinture d'iode pure ou affaiblie par addition d'alcool. Mais le moyen qui m'a paru le moins infidèle consiste dans l'emploi de lotions avec une solution de sublimé, ou, mieux encore, avec un mélange de sublimé, de sulfate de zinc et d'acétate de plomb (eau distillée, 250 grammes; sublimé, 1 gramme; sulfate de zinc, acétate de plomb ââ, 2 grammes; alcool q. s.). Cette liqueur est employée pure ou coupée avec de l'eau chaude, suivant la susceptibilité de la peau; elle détermine un peu de rougeur, une légère desquamation, et quelquefois, au bout d'un temps assez long, la disparition des taches. Le lait antéphélique, qui se vend comme un remède secret contre les taches maculeuses de la peau, et qui m'a été emprunté, dans un but de spéculation commerciale, est composé, à peu de chose près, d'après la formule que je viens d'indiquer; on peut donc se servir de cette préparation, qui compte quelques succès. Mais, quel que soit le moyen employé, souvent la guérison n'est qu'apparente, et les taches, qui ont semblé s'effacer sous

l'influence des lotions et après une desquamation superficielle, ne tardent pas à reparaître et à présenter la même coloration qu'auparavant; le plus ordinairement même elles ne sont attaquées en rien par les lotions ou les douches, et elles persistent avec une ténacité désespérante.

d. Mélanodermie.

On peut employer le terme de *mélanodermie* pour désigner toutes les colorations de la peau constituées par un excès de pigment formé, soit dans les cellules du corps muqueux, soit autour de ces cellules, et alors les *nævi* pigmentaires, le lentigo, les éphélides, ne sont que des mélanodermies partielles et circonscrites. Mais habituellement ce mot s'applique d'une manière plus spéciale à des taches brunes ou noires étendues et diffuses, et occupant des surfaces plus ou moins larges.

Dans les pays ou le teint est ordinairement blanc, on rencontre quelques personnes qui présentent sur toute la surface cutanée une teinte brune congénitale, quelquefois très foncée; on a voulu considérer cet état comme analogue à l'albinisme, en sens inverse. Mais chez les albinos, il y a des troubles fonctionnels particuliers dépendant de l'absence du pigment, tandis que chez les individus à peau brune, il n'y a rien autre chose que la teinte foncée de la peau et du système pileux; on ne doit donc pas admettre un mélanisme comme il existe un albinisme.

La véritable mélanodermie, appelée encore *chloasma*, *melasma*, sans qu'on puisse donner une définition différentielle exacte de ces trois termes, est ordinairement acquise et non congénitale; tantôt elle est idiopathique, tantôt elle est symptomatique.

Au premier rang des mélanodermies idiopathiques je

placerai le *hâle*, cette coloration brune des parties cutanées découvertes, et particulièrement du visage, du cou, des poignets et des mains, qui se développe par l'effet prolongé du soleil, du vent, du froid, et qu'on observe plus particulièrement chez les gens qui travaillent en plein air, tels que les matelots, les paysans, les cochers. Cette pigmentation est ordinairement permanente; mais elle peut disparaître cependant, si les gens qui en sont atteints cessent pendant un certain temps d'être soumis à l'action du soleil et de l'air. Le hâle peut d'ailleurs n'être que momentané chez les personnes qui s'exposent au grand air accidentellement et pendant un temps limité, telles que les voyageurs, les soldats en campagne, les chasseurs, etc. Dans ces différents cas, le hâle, qu'on ne doit pas confondre avec le coup de soleil (*érythème solaire*), est constitué par une simple modification de la couleur de la peau, devenue plus foncée, sans desquamation, sans aucune altération des sécrétions ni de la sensibilité de la peau.

Il en est de même des pigmentations locales qui se développent dans des régions où la peau est le siège de pressions prolongées, comme cela arrive à la taille par la pression des ceintures et des corsets, aux jambes par l'usage des jarretières, aux lombes chez les gens qui portent des bandages herniaires, etc. De même l'habitude de se gratter au même endroit peut amener une coloration brune de la place fréquemment excitée. Des pigmentations semblables peuvent se développer à la suite de l'application de topiques irritants, de sinapismes, de vésicatoires, de teinture d'iode, de thapsia et autres vésicants. Dans ces circonstances, ces taches ne sont ordinairement que momentanées; mais chez certaines personnes, par une disposition spéciale de la peau, et plus particulièrement chez les gens à teint brun, elles peuvent persister indéfiniment. Cette possibilité doit rendre prudent dans l'emploi

de ces topiques irritants chez les femmes, à moins d'indications urgentes, lorsqu'il s'agit de les appliquer sur des régions qu'il ne faut pas déparer. On voit de même des taches pigmentaires se développer à la suite d'érosions cutanées, de plaies, d'ulcérations. Les cicatrices qui succèdent aux lésions cutanées de la syphilis, et particulièrement aux ulcérations, sont ordinairement fortement pigmentées et peuvent servir rétrospectivement au diagnostic de la maladie passée. Quel que soit d'ailleurs la cause de ces pigmentations consécutives, elles sont particulièrement prononcées aux jambes.

Les mélanodermies symptomatiques sont plus intéressantes à étudier que celles que je viens de mentionner. Quelquefois elles peuvent dépendre d'une cause locale, d'une hypérémie habituelle consécutive à une gêne dans la circulation du sang, ainsi que cela peut arriver aux membres inférieurs devenus d'une teinte noire ou brune chez quelques personnes atteintes de varices. Dans la grossesse, non seulement on voit fréquemment se développer à la figure des éphélides, mais il existe une disposition aux dépôts pigmentaires qui se manifeste sous la forme de taches brunes aux seins, à la ligne blanche, aux parties génitales et à différents points des parois abdominales. Chez quelques femmes atteintes de maladies utérines ou ovariques, avec dysménorrhée, on peut observer une teinte grise de la face ; dans la chlorose avec aménorrhée, les femmes présentent souvent aux joues, et surtout sur la lèvre supérieure, en guise de moustaches, des taches d'un gris jaunâtre signalées avec raison par Noël Gueneau de Mussy dans sa clinique médicale. Dans certaines maladies de la peau accompagnées de vives démangeaisons, on observe souvent une teinte brune très prononcée de la peau dans les régions affectées. Dans le prurigo et particulièrement dans le prurigo pédiculaire, ainsi que l'a très

bien établi M. Fabre de Commentry (*Des mélanodermies*, 1872), la peau revêt dans la région dorsale, à la nuque, au cou et quelquefois à la poitrine une coloration noire dont l'intensité est en rapport avec la durée de la maladie. A la suite de certaines autres maladies prurigineuses de la peau, de l'eczéma, du pemphigus, on voit quelquefois des taches brunes, d'une durée plus ou moins longue et parfois indéfinie, remplacer l'éruption disparue.

Mais le plus ordinairement la mélanodermie est symptomatique d'une maladie générale, et alors elle s'étend sur d'assez larges surfaces et elle se présente sous la forme diffuse. Telle est la coloration brune qui se développe quelquefois sur tout le corps, mais plus particulièrement au visage, au tronc, aux parties génitales, aux mains, et qui se manifeste presque constamment aussi sous forme de taches noires à la surface de la membrane muqueuse buccale et sur la conjonctive, dans cet état morbide spécial connu sous le nom de *maladie bronzée*, de *maladie d'Addison*, et qui se trouve lié le plus souvent à une altération des capsules surrénales. Ce n'est pas le lieu de décrire ici cette maladie ; j'indiquerai seulement que dans cette affection à forme cachectique, la coloration de la peau ne s'accompagne ni de cuissons, ni de démangeaisons, et que, dans la pratique, ce caractère négatif est très important pour empêcher de rattacher à la maladie d'Addison les mélanodermies consécutives au prurigo ou à d'autres maladies cutanées.

A côté de la maladie d'Addison, je signalerai une coloration brune toute spéciale de la peau qui a été observée dans certains cas de fièvre intermittente, laquelle, coïncidant avec une teinte noire de la plupart des organes, paraît due principalement, d'après les observations de Virchow, de Planer, de Frerichs, à la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires. Dans l'éléphantiasis

des Grecs, dans la sclérodermie, dans la pellagre, on observe des taches brunes plus ou moins foncées et qui se développent souvent même avant la période cachectique et ultime de ces affections. On a rapproché de ces cas les taches pigmentaires grises que j'ai décrites sous le nom de *syphilide pigmentaire*, qui apparaissent au cou, aux aisselles et plus rarement dans d'autres régions, presque exclusivement chez les femmes, et qui persistent pendant des mois et des années sans être influencées par le traitement spécifique; mais ces taches appartiennent bien plutôt aux éphélides. Enfin, comme se rattachant bien positivement à la cachexie, je signalerai la teinte brune foncée qui se manifeste au visage et quelquefois à la poitrine, dans quelques affections chroniques, et particulièrement chez les malades épuisés par des suppurations prolongées et chez les tuberculeux arrivés à la dernière période de la phthisie pulmonaire. Dans toutes ces diverses circonstances de mélanodermies symptomatiques, comment expliquer cette accumulation de pigment dans les cellules du corps muqueux? Probablement par une altération du sang. Chez les malades atteints de fièvre intermittente et affectés de mélanodermie, on a trouvé dans le sang des corpuscules pigmentaires, un nombre de globules blancs plus considérable qu'à l'état normal, et quelques globules rouges altérés: mais dans ces cas tout l'organisme est imprégné de pigment; on en trouve dans la plupart des organes, et l'on ne peut véritablement pas confondre cette véritable mélanémie avec les faits de simple mélanodermie dans lesquels la coloration brune se borne à une certaine étendue de la peau, et dans lesquels le sang a été trouvé dans ses conditions normales. Dans ces nigrities localisées, il serait plus rationnel de croire à une altération des nerfs cutanés. Cette lésion, constituée par une atrophie et une segmentation des filets nerveux de la peau des

mains, a été reconnue récemment par le docteur Dejérine dans un cas de mélanodermie pellagreuse observée dans mon service à l'hôpital de la Charité (1881). Sans vouloir ici trop généraliser, on peut penser qu'il doit en être de même dans les mélanodermies lépreuses et dans quelques autres.

Le *diagnostic* de la mélanodermie est en général facile. C'est surtout avec l'ictère très foncé et l'ictère noir qu'il est essentiel de la distinguer; outre la coloration toujours un peu jaune ou verdâtre de la peau et des muqueuses, l'extension de la teinte brune à la totalité des téguments, et surtout l'examen des urines contenant de la matière colorante de la bile, ainsi que la couleur grise des selles, permettront de reconnaître la coloration ictérique.

On pourrait encore confondre la mélanodermie avec la teinte bleuâtre que prennent la peau et les muqueuses sous l'influence de l'administration prolongée du nitrate d'argent, affection qui a été désignée par certains auteurs sous le nom d'*argyrie*, et qui est due à la présence dans les tissus de particules d'argent réduit. La couleur bleue grisâtre de la peau, et surtout la notion de l'administration antérieure du nitrate d'argent, feraient reconnaître cette coloration particulière, d'ailleurs permanente et indélébile. Lorsque le nitrate d'argent a été administré à l'intérieur, comme dans le cas d'épilepsie, de dysenterie, de maladies de la moelle épinière, la coloration ardoisée est générale; elle peut n'être que locale lorsqu'elle est consécutive à des cautérisations répétées un grand nombre de fois sur un même endroit, ainsi que cela a lieu pour les yeux ou pour toute autre région du corps.

Relativement à la mélanodermie symptomatique, la véritable difficulté du diagnostic consiste dans la recherche de la cause morbide sous l'influence de laquelle s'est produite la coloration cutanée; et je dois dire que les

solutions de ce problème se trouvent bien moins dans le siège et dans la nuance de cette coloration que dans la considération des troubles fonctionnels antérieurs ou concomitants.

Je n'ai rien à dire du *traitement* de la mélanodermie en dehors de ce que j'ai indiqué à propos du lentigo et des éphélides. Dans les mélanodermies symptomatiques, il n'y a rien à faire directement contre la teinte noire de la peau, la thérapeutique doit s'adresser à la maladie principale. S'il s'agit de la teinte brune que prend la peau dans le prurigo et dans quelques affections cutanées, cette teinte peut disparaître avec la maladie de la peau et avec le temps; mais, le plus ordinairement, la mélanodermie est liée à une maladie chronique rebelle, et les moyens topiques qu'on a vantés, tels que les lotions alcalines, les lotions savonneuses, les lotions de sublimé, n'ont aucun résultat satisfaisant. Dans les cas de mélanodermie locale et idiopathique, on a conseillé de détruire les couches profondes du corps muqueux cutané, où réside l'excès de pigment, à l'aide de vésicants et de caustiques affaiblis : je n'ai jamais vu un bon effet résulter de l'emploi de ces moyens ; souvent même il arrive qu'une augmentation de la teinte brune succède à ces applications irritantes que je crois devoir proscrire absolument.

A défaut d'une médication curative, on peut chercher à masquer par des cosmétiques les taches noires placées dans des endroits apparents, et particulièrement au visage. On trouve dans les magasins de parfumerie un grand nombre d'eaux, de pommades, de poudres ayant pour but de rendre à la peau sa couleur normale ; ces préparations, qui renferment presque toutes du carbonate de plomb, ne sont pas toujours inoffensives ; on devrait alors donner la préférence aux topiques composés avec du sous-nitrate ou du sous-carbonate de bismuth, employés, soit en poudre (sous-nitrate de bismuth, poudre

d'amidon ou de talc porphyrisés, parties égales ; poudre d'iris, un vingtième), soit en liquide (sous-carbonate de bismuth, 20 grammes; talc pulvérisé, 40 grammes; eau de rose, 100 grammes; glycérine, 20 grammes), appliqués sur la peau à l'aide d'un pinceau. On a cherché encore à masquer les taches pigmentaires à l'aide du tatouage, mais jusqu'à présent on n'a réussi qu'à substituer une tache blanche ou grise à une tache bleue ou noire.

e. Coloration bleuâtre de la peau : Cynose. — Argyrie.

Sous l'influence de la stase du sang veineux dans les capillaires de la peau, les téguments peuvent prendre une teinte bleuâtre, violacée, particulièrement prononcée au visage et aux extrémités : c'est la *cyanose*, qu'on observe dans les affections cardiaques, dans quelques maladies pulmonaires avec gêne considérable de la circulation ; qu'on rencontre surtout à un degré plus prononcé et dans une étendue bien plus considérable dans les difformités du cœur avec communication des cavités droites et gauches amenant le mélange du sang veineux et artériel. Cette coloration se retrouve encore d'une manière momentanée dans les accès d'asthme, dans les accès de suffocation qui viennent compliquer l'emphysème et certaines affections pulmonaires, et dans les diverses espèces d'asphyxie. Elle est en rapport avec la gêne de l'hématose et avec le défaut d'oxygénation du sang. C'est également à une altération spéciale du sang qu'il faut attribuer la teinte cyanique, observée chez les cholériques, à la première période de la maladie. Dans tous ces cas la teinte bleuâtre de la peau est symptomatique et je ne dois que la signaler ici.

D'une tout autre nature est la coloration bleuâtre, ardoisée, qui suit l'administration prolongée du nitrate

d'argent à l'intérieur, affection que les Allemands ont proposé de nommer *argyrie*, et dont le premier cas a été rapporté par Fourcroy, puis par de Butini, qui en cita quatre observations (thèses de Montpellier, 1815); plus tard de nouveaux travaux eurent lieu sur ce sujet, et des autopsies faites par Brandes, Frommann, Charcot et autres, démontrèrent que la coloration bleue observée à la peau pouvait se rencontrer dans les organes intérieurs et dans presque tous les tissus, particulièrement dans les reins, dans le pancréas, dans les intestins, dans les os et dans les plexus choroïdes. Cette coloration spéciale de la peau paraît due au dépôt de l'argent dans le corps muqueux, mais on ne sait pas encore à l'état de quelle combinaison chimique il s'y trouve : Patterson admettant qu'il s'y dépose à l'état d'argent métallique, Brandes à l'état d'oxyde, et Krahmer prétendant l'avoir trouvé sous forme d'albuminate.

La couleur de la peau, dans l'argyrie, est ardoisée, quelquefois un peu brune et rappelant la couleur du bronze; elle est ordinairement générale, mais elle est plus prononcée dans les parties du corps qui sont soumises à l'action de la lumière; les membranes des yeux, les lèvres, la face interne des joues, sont ordinairement atteintes. Krahmer a vu, chez le même sujet, la coloration bleue occuper la muqueuse buccale, la vulve et l'entrée du vagin. Duguet a signalé même comme un phénomène initial de l'argyrie un liséré bleuâtre, observé aux gencives, près du collet de la dent, analogue à celui des saturnins et précédant la coloration cutanée.

La maladie n'est constituée que par la couleur bleuâtre plus ou moins foncée de la peau; il n'y a ni cuisson, ni démangeaison. Cette coloration persiste indéfiniment; jusqu'à présent on n'a pas cité d'exemples de sa disparition.

Le nitrate est de toutes les préparations d'argent le mé-

dicament qui a donné lieu le plus souvent à l'argyrie; toutefois le même résultat a été obtenu par l'administration du chlorure, de l'iodure et de l'oxyde d'argent. Ce n'est ordinairement qu'après une administration prolongée du nitrate qu'on voit se développer la coloration de la peau, après plusieurs mois, et après l'absorption d'une dose assez forte du médicament, que Krahmer a cru devoir fixer arbitrairement à 30 grammes au minimum. Je crois, sous ce rapport, à l'influence d'une disposition particulière inhérente à certains individus; j'ajoute que j'ai vu des malades soumis pendant longtemps à l'action du nitrate d'argent et échapper à la coloration. L'administration du médicament doit avoir lieu à l'intérieur; cependant Krishaber a cité un cas d'argyrie consécutif à des cautérisations avec le nitrate d'argent longtemps répétées sur le pharynx. Dans ces cas d'applications locales, continuées sur le même point, on a constaté plus souvent une coloration bornée à l'endroit touché; j'en ai vu plusieurs exemples sur des yeux à la suite de collyres au nitrate d'argent. Dans leur traduction du *Traité des maladies de la peau* par Kaposi, Besnier et Doyon citent le fait d'un prêtre atteint de coloration bleuâtre et persistante de toute la région de la barbe, à la suite d'applications répétées d'une solution de nitrate d'argent, dans le but de combattre un eczéma pilaire, qui d'ailleurs ne fut pas guéri par ce moyen.

On a employé vainement, pour faire disparaître l'argyrie, des médications internes et externes variées, et particulièrement à l'intérieur, l'iodure de potassium, à l'extérieur les lotions alcalines ou acidulées. Comme je l'ai dit, la coloration persiste indéfiniment. Le seul moyen prophylactique qu'on ne doit jamais négliger, c'est de s'abstenir de l'administration trop prolongée des sels d'argent : lorsque ce médicament est indiqué et lorsqu'on croira devoir le prescrire dans une maladie chronique

qui exige un long traitement, il faut en interrompre l'usage de temps en temps et ne le reprendre qu'après un intervalle de deux à quatre semaines. Je me suis toujours soumis à cette règle, et je n'ai jamais observé de cas d'argyrie dans ma pratique personnelle.

2° Difformités causées par défaut de pigment.

Après avoir indiqué les difformités résultant d'une augmentation de pigment ou d'une coloration pigmentaire irrégulière, j'ai à parler des états anormaux causés par une absence totale ou partielle du pigment : absence totale qui constitue l'albinisme ; absence partielle désignée sous le nom de vitiligo. Dans ce chapitre je parlerai également de la canitie.

a. Albinisme.

On donne le nom d'*albinisme* à un état anormal caractérisé par l'absence congénitale et plus ou moins complète du pigment ; et l'on appelle *albinos* les individus atteints de cette difformité. Leur peau est d'un blanc mat, leurs cheveux sont peu fournis, d'une couleur blanche ou jaunâtre et avec une apparence de filasse ; leurs poils sont remplacés ordinairement par un léger duvet. Mais leurs yeux ont surtout un aspect bien singulier, dû à l'absence de toute matière pigmentaire : le fond de l'œil est d'un rouge ardent et reluit comme un charbon enflammé ; l'iris est pâle, d'une couleur rose ou d'un bleu très clair et animé de mouvements incessants de dilatation et de resserrement ; les globes oculaires eux-mêmes sont toujours en mouvement et présentent les caractères d'un véritable nystagmus. Par suite de l'absence de pigment, les membranes de l'œil sont très sensibles à l'action de la lumière, et les albinos, craignant l'éclat du jour et surtout celui du soleil, fuient le grand jour et pré-

fèrent sortir au moment du crépuscule ou pendant la nuit. Dans les globes oculaires des albinos exposés au grand jour, à travers les membranes, on peut voir le fond de l'œil sans le secours de l'ophthalmoscope.

En général, les albinos sont d'une faible constitution, leur système musculaire est peu développé; ils ont une apparence grêle; leur physionomie est sans grande expression; leur caractère est craintif, leur intelligence est médiocre. Il n'est pas rare de rencontrer chez eux quelque autre vice de conformation, ou quelque défaut de symétrie ou de proportion dans les parties constituantes du corps.

On a cru pendant longtemps que les albinos formaient une race particulière; des observations ultérieures ont démontré que l'albinisme pouvait se rencontrer dans toutes les races humaines et même chez les nègres, parmi lesquels on trouve des individus présentant tous les caractères de la race africaine, sauf la coloration noire, et auxquels on a donné le nom de nègres blancs. Assez rares dans nos climats, les albinos sont plus nombreux dans les pays voisins de l'équateur.

L'albinisme est dû au défaut de pigment dans la peau, dans le système pileux et dans les yeux. Cet état anormal, cette véritable monstruosité doit être considérée, d'après l'opinion d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, comme le résultat d'un arrêt de développement. On sait en effet que, chez le fœtus, le pigment ne se montre que vers la quatrième ou cinquième semaine, et l'on comprend que, si, par le fait d'une anomalie de développement, cette substance ne se produit pas à l'époque voulue, les enfants naissent et vivent avec une coloration spéciale de la peau et de ses annexes.

Par des expériences assez nombreuses sur des animaux, et en particulier sur des lapins, le docteur Aubé a cherché à démontrer que l'albinisme se rencontrait

principalement par la reproduction d'individus issus des mêmes auteurs, et que l'accouplement successif de lapins mâles et femelles de la même portée amenait d'une manière presque régulière, après la quatrième génération, des petits lapins à poil blanc, avec des yeux roses. De ces expériences, le docteur Aubé arrive à penser que la consanguinité est la cause de l'albinisme, et qu'on rencontre surtout cette difformité chez les peuplades sauvages peu nombreuses, et dans lesquelles les unions entre parents sont communes, ou dans les petits centres de population où les familles s'allient habituellement entre elles. Ce serait un inconvénient peu connu et d'ailleurs peu commun des mariages consanguins.

On a cité quelques exemples d'albinos qui auraient retrouvé leur pigment, soit dans l'enfance, soit dans un âge plus ou moins avancé ; ces faits sont exceptionnels : on ne doit pas espérer la guérison de l'albinisme, et il n'y a pas, à proprement parler, de traitement de cette difformité.

b. Vitiligo.

Définition et historique. — Le *vitiligo* est caractérisé par des taches blanches plus ou moins étendues, mais circonscrites, tranchant sur la couleur normale de la peau et dues à l'absence de pigment dans la partie décolorée. On a désigné encore cet état pathologique sous les noms d'*albinisme partiel*, de *leucodermie partielle*, mais le mot *vitiligo* est généralement adopté. Sous cette dénomination de *vitiligo*, les Grecs et les Latins ont confondu le véritable vitiligo avec les taches blanches qu'on trouve dans une variété de la lèpre appelée *lèpre blanche* ou *morphée blanche*. Dans les temps modernes, cette distinction a été faite et précisée ; cependant Willan et Bateman ont passé sous silence le vitiligo comme espèce nosologique, mais il a été indiqué et décrit par Alibert

sous le nom d'*achrome vitiligne*, et placé par lui, très à propos, dans la classe des dermatoses dyschromateuses. Tous les auteurs qui ont suivi Alibert l'ont signalé et l'ont regardé comme le résultat d'une absence partielle de pigment; et tout récemment les recherches d'anatomie pathologique, dues à Chabrier, Leloir et Déjérine, ont fait connaître, au-dessous des taches vitiligineuses, des altérations des nerfs périphériques qui pourraient jouer un rôle important dans cette singulière altération du pigment.

Description. — Le vitiligo se manifeste sous forme de taches, ordinairement rondes ou ovales, d'un blanc mat, d'une dimension variant depuis quelques millimètres de diamètre jusqu'à 8 ou 10 centimètres. Ces taches sont entourées à leurs contours d'une auréole brune très prononcée, qui résulte d'une accumulation de pigment, de sorte qu'il n'y a pas dans la peau une diminution réelle du pigment, mais seulement, comme pour les éphélides, une mauvaise distribution de la matière colorante cutanée, laquelle abandonne une certaine étendue du tissu cutané pour se porter en excès sur la périphérie de la partie décolorée. Il n'y a donc pas, à proprement parler, *atrophie pigmentaire*, mais seulement dystrophie. Cette zone pigmentaire que j'indique est tellement apparente, dans certains cas, qu'au premier abord on est frappé bien plus par la teinte foncée ambiante que par la partie décolorée, et qu'on serait tenté de croire que la partie altérée est celle qui est plus brune et qu'on a affaire à une éphélide. S'il existe des poils sur la partie décolorée, ces poils deviennent blancs, et c'est ainsi qu'au cuir chevelu on voit quelquefois des houppes de cheveux blancs, qui contrastent complètement avec le reste de la chevelure.

Les taches de vitiligo ne sont le siège d'aucune sensation morbide, d'aucune cuisson, d'aucune démangeai-

son ; la sensibilité n'en est nullement altérée, ni en plus, ni en moins, et l'état morbide n'est caractérisé que par l'absence de la coloration normale de la peau et par le défaut de sécrétion sudorale, qui ne se produit plus sur les taches vitiligineuses.

Ces taches peuvent se rencontrer dans toutes les régions, mais on les observe, le plus souvent, aux parties génitales, à la face, à la partie dorsale des mains, au cuir chevelu. Aux sourcils, dans la barbe, le vitiligo se manifeste par l'apparition de poils blancs existant sur des surfaces circonscrites et faisant disparate avec la couleur des poils environnants; dans ces circonstances, la lésion est bien plus apparente que lorsqu'elle existe sur des surfaces glabres ou fournies de poils rudimentaires.

Quelquefois il n'y a qu'une seule tache ; mais, le plus ordinairement, les taches sont multiples, et quand il en existe plusieurs à la face ou aux mains, on peut être très certain qu'il en existe aux parties génitales, taches alors plus apparentes encore par la décoloration des poils.

Les taches apigmentaires sont susceptibles d'augmenter en nombre et en étendue, et il n'est pas rare de voir ainsi, en l'espace de quelques années, devenir très disgracieuse une affection qui, dans le principe, était à peine apparente. Quelquefois cependant il y a seulement une tache ou deux qui restent stationnaires et qui ne s'étendent pas. Sur les parties découvertes, il est ordinaire de voir les taches devenir plus marquées pendant l'été, probablement à cause de l'augmentation de la coloration noire périphérique, qui devient plus foncée sous l'influence du hâle dû à l'action solaire, et qui rend la décoloration encore plus évidente.

Diagnostic. — Le vitiligo est très facile à reconnaître par ses taches d'un blanc mat entourées d'une auréole brune. On pourrait les confondre sur les parties pileuses

avec la pelade, surtout lorsque les poils commencent à reparaître et repoussent blancs ; mais, dans la pelade, la décoloration n'est jamais aussi marquée, il n'y a pas de cercle brun à la périphérie, et les poils repoussés sont toujours plus grêles, plus cotonneux, plus rares sur les parties malades que sur les parties voisines, tandis que dans le vitiligo les poils blancs ne diffèrent de ceux qui les entourent que par leur couleur; ils sont aussi forts, aussi lisses, aussi nombreux que les autres.

Dans certaines formes de lèpre, dans la *leuce* ou lèpre blanche, il existe des taches décolorées et une canitie des poils ; mais, dans ces cas, les parties blanches sont plus épaisses, plus saillantes, quelquefois déprimées dans leur centre ; elles sont altérées dans leur sensibilité, et le plus ordinairement elles sont atteintes d'anesthésie ; dans le véritable vitiligo, dans le vitiligo idiopathique, il n'y a nulle saillie et la sensibilité reste normale.

Mais il est surtout important de distinguer du véritable vitiligo les taches cicatricielles qui succèdent aux furoncles, aux pustules de variole, à des éruptions syphilitiques anciennes, à des lésions traumatiques peu profondes, lesquelles sont consécutives au travail de régression qui affecte le tissu cicatriciel et qui atteint le pigment, ainsi que les autres éléments de la peau et du tissu conjonctif. Ces taches sont habituellement arrondies, blanches; elles peuvent être planes, sans dépression, et quelques auteurs les ont rattachées alors au vitiligo, mais elles en diffèrent non seulement par leur origine, mais encore par l'absence habituelle d'auréole pigmentaire ; circonstance importante, elles ne sont pas susceptibles de gagner en étendue, comme les taches vitiligineuses.

Le *pronostic* du vitiligo est fâcheux relativement à la guérison ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit les taches blanches s'effacer et la peau reprendre sa couleur normale. On comprend d'ailleurs que le désagrément de

cette difformité, exempte de tout danger, varie suivant son siège ; on s'en inquiète peu lorsqu'elle atteint des régions ordinairement couvertes par les vêtements. Lorsqu'elle affecte des parties découvertes, particulièrement la face, si les taches sont nombreuses et assez larges, les plaques blanches, entourées d'un cercle brun très apparent, donnent à la figure un aspect bizarre et sont pour les femmes et même pour quelques hommes une cause de chagrin légitime.

Étiologie. — Le vitiligo est quelquefois congénital, mais le plus souvent il apparaît à des âges variés, et plus particulièrement vers la partie moyenne de l'existence et dans la vieillesse.

Il est plus commun dans les climats chauds que dans les pays tempérés, et il se développe assez fréquemment chez les nègres, sur lesquels il est plus apparent : les *nègres pies*, ainsi qu'on les appelle, présentent un aspect bizarre par l'existence de taches blanches, quelquefois assez nombreuses, qui contrastent avec la couleur noire de la peau.

Sous le rapport des causes accidentelles, on voit quelquefois le vitiligo survenir à la suite de coups de soleil, après des pressions continues, telles que celles qui résultent de l'application d'un bandage herniaire ; mais le plus ordinairement il apparaît sans qu'on puisse expliquer son développement par une cause externe. Plus souvent il paraît se rattacher à quelques dispositions diathésiques. J'ai déjà parlé de la lèpre, dans laquelle il y a quelquefois des taches vitiligoïdes ; mais c'est surtout chez les goutteux qu'on voit survenir le véritable vitiligo, lequel, tout en étant symptomatique, se présente particulièrement aux mains et aux poignets avec tous les caractères de l'affection que nous venons de décrire ; et j'ai observé si fréquemment ces taches associées à la goutte, que, lorsque je les rencontre, je m'informe immédiatement si

les personnes qui les présentent n'éprouvent pas quelque autre symptôme de goutte, et le plus ordinairement la réponse est affirmative. C'est là une conséquence de la diathèse goutteuse, qui n'a peut-être pas été suffisamment signalée.

Anatomie pathologique. — L'altération anatomique essentielle du vitiligo consiste dans l'absence des corpuscules pigmentaires dans les cellules profondes du corps muqueux, et dans l'accumulation de ce pigment dans les parties de la peau environnant les taches décolorées. Dans ces derniers temps, pour expliquer ce trouble physiologique, on a constaté une altération dans les nerfs qui se distribuent à la partie de la peau atteinte de taches vitiligineuses. Chabrier, Leloir et Déjérine ont constaté dans quelques nerfs, sur des plaques décolorées, des altérations très marquées, appartenant à la névrite atrophique et caractérisées par la multiplication des noyaux, la fragmentation ou la disparition de la myéline et du cylindre-axe. Outre cette lésion des nerfs, Leloir a constaté l'amincissement de l'épiderme réduit à sa couche cornée, et l'atrophie du derme avec la diminution du calibre des vaisseaux sanguins, la peau se rapprochant ainsi de celle des vieillards. (Chabrier, *Thèse de Paris*, 1880; Déjérine, *Société anatom.*, 1881; Leloir, *Thèse de Paris*, 1882.) De ces recherches anatomiques, il semble résulter que le vitiligo est lié à une altération trophique consécutive à une lésion anatomique limitée à la partie périphérique du système nerveux.

Le *traitement* du vitiligo ne donne que des résultats peu satisfaisants. On a cherché à rappeler le pigment dans les parties décolorées à l'aide de frictions irritantes, à l'aide de vésicatoires volants, on a essayé des courants électriques, mais le plus ordinairement sans succès. Les bains et les douches d'eau sulfureuse, les frictions avec une solution de sublimé au trois-centième, les frictions

avec le naphtol au dixième, ont quelquefois paru amener un arrêt dans la progression des taches et quelquefois même en ont diminué l'intensité ; mais, dans la presque totalité des cas, ces moyens ont échoué complètement ou n'ont amené qu'un effet favorable momentané. Besnier dit avoir employé avec quelque avantage les injections sous-cutanées de pilocarpine, mais il ne cite pas un seul cas authentique de guérison. De sorte que je puis répéter que le vitiligo résiste presque constamment aux efforts de la thérapeutique, et cette résistance est précisément une raison pour placer cette affection parmi les difformités cutanées.

c. Canitie.

A côté de la l'albinisme et du vitiligo, on peut placer la *canitie*, ou décoloration des cheveux et des poils, qui dépend également de l'absence du pigment. La canitie d'ailleurs présente plusieurs variétés, suivant qu'elle est congénitale, sénile, prématurée ou partielle.

La canitie congénitale se rencontre chez les albinos privés de pigment sur toute l'étendue de la peau et de ses dépendances ; mais même en dehors de l'albinisme, on a cité quelques cas de canitie congénitale qui coïncident ordinairement avec le peu de développement du système pileux.

La canitie sénile est pour ainsi dire physiologique ; c'est celle qui survient à un certain âge, un peu plus tôt ou un peu plus tard ; qui envahit quelques cheveux d'abord, principalement sur la région des tempes, ce qui donne à la chevelure une teinte grisonnante ; puis qui s'étend peu à peu et d'année en année, de manière à envahir tous les cheveux, la barbe chez les hommes, et tout le système pileux. Lorsque la canitie est complète, les cheveux et les poils ont une couleur blanche, luisante

et argentée, ou jaunâtre et un peu terne. Chez quelques hommes, la barbe blanchit après les cheveux ; chez d'autres, la canitie se développe d'abord à la barbe, et l'on voit alors une chevelure brune ou blonde accompagnant une barbe blanche. Dans la canitie sénile, la décoloration des poils coïncide ordinairement avec un certain degré d'alopécie ; les cheveux deviennent plus rares en même temps qu'ils blanchissent.

La canitie prématurée, ou pathologique, est celle qui survient chez des jeunes gens ou chez des adultes à un âge où l'on ne voit pas ordinairement les cheveux blanchir. Cette décoloration totale ou clairsemée survient quelquefois par le fait d'une maladie aiguë ou chronique, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle au cuir chevelu, d'un accouchement ; les goutteux ont souvent une alopécie ou une canitie précoce. J'ai vu plusieurs fois, chez des jeunes filles chlorotiques, les cheveux devenir secs, pâles et grisâtres, et reprendre leur coloration naturelle après la guérison de la maladie. Les chagrins violents et prolongés font souvent blanchir les cheveux. Chez certaines personnes sujettes aux névralgies céphaliques, aux migraines fréquentes et violentes, on constate quelquefois une canitie prématurée. Je dois ajouter que cette altération du système pileux est l'apanage de certaines familles et que l'hérédité paraît jouer un rôle important dans la décoloration des cheveux. Mais, d'autres fois, on ne sait comment expliquer une canitie provenant à un âge très peu avancé.

Dans la canitie prématurée, la décoloration du système pileux a lieu plus ou moins rapidement, mais successivement : on voit d'abord quelques cheveux blanchir épars, puis le nombre en augmente incessamment, et au bout de plusieurs mois ou de quelques années la canitie est complète. Dans quelques cas rares, et le plus ordinairement sous l'influence d'une émotion vive, les che-

veux ont blanchi rapidement en l'espace d'un jour, d'une nuit. On a cité des exemples historiques de cette canitie rapide : c'est ainsi qu'on rapporte que Louis Sforza blanchit complètement dans la nuit qui suivit sa défaite par Louis XII ; que la chevelure de la reine Marie-Antoinette devint blanche pendant la nuit qui précéda son supplice. Malgré ces exemples et beaucoup d'autres, la réalité de cette canitie rapide est encore contestée par certains médecins, à la tête desquels je placerai Hebra et Kaposi. Pour ma part, j'ai de la peine à ne pas croire à la vérité des faits invoqués particulièrement par Moleschott et Charcot; moi-même, pendant le siège de Paris, en 1870, j'ai été consulté par un homme très intelligent, dans une haute position sociale, n'ayant aucun intérêt à déguiser la vérité, et qui me demandait s'il n'y avait pas quelque chose à faire pour rendre à sa coloration antérieure un côté de sa barbe devenue blanche en une nuit, après avoir été exposé à un froid très vif pendant plusieurs heures, en accomplissant un service militaire. Je suis donc disposé à admettre que, dans des cas exceptionnels, la canitie peut survenir rapidement.

La canitie partielle mérite une mention spéciale. Congénitale ou acquise, lorsqu'elle se présente sous la forme d'une touffe de cheveux ou de poils dont la teinte blanche contraste avec le reste du système pileux, on doit rattacher cette décoloration au vitiligo, quoique la peau sur laquelle reposent les poils blancs ne soit pas toujours décolorée. Mais, dans d'autres circonstances, on voit, sur un ou plusieurs endroits du cuir chevelu ou de la barbe, des poils rares, grêles, blancs et quelquefois lanugineux; il s'agit alors d'une maladie parasitaire, d'un herpès tonsurant ou d'une pelade, pendant lesquels les cheveux qui repoussent n'ont pas encore retrouvé leurs caractères physiologiques. Dans ces cas, la maladie, faisant des progrès vers la guérison, les poils peuvent

reprendre leur coloration normale; cependant chez quelques personnes, et particulièrement chez les gens d'un certain âge, j'ai vu la canitie persister.

La décoloration des cheveux et des poils est due à une altération survenue dans la formation du pigment, par suite d'un trouble trophique, trouble qui est presque physiologique à un certain âge, mais qui peut être un fait pathologique dans certaines circonstances. Landois, Erasmus Wilson et le docteur Pictus, qui se sont occupés spécialement de la physiologie et de la pathologie du système pileux, avancent que la canitie peut être le fait de la présence de bulles d'air dans la substance médullaire du cheveu; cette assertion ne me paraît appuyée sur aucun fait positif. Le cheveu blanchit-il près de sa racine et la canitie s'étend-elle peu à peu à mesure que le poil grandit? Hebra tient beaucoup à cette extension graduelle de la décoloration, et il s'en sert comme argument pour refuser de croire à la canitie soudaine. Je crois en effet que cette décoloration extensive peut se rencontrer dans quelques cas; mais si cela était un fait habituel, on observerait plus souvent, chez les personnes qui grisonnent, des cheveux de deux couleurs, une blanche près du cuir chevelu, une plus foncée à l'extrémité périphérique; or ce qu'on rencontre ordinairement, ce sont, au milieu d'une chevelure brune ou blonde, quelques cheveux blancs dans toute leur étendue, d'abord clairsemés, puis dont le nombre augmente graduellement, sans qu'on remarque l'extension périphérique de la canitie sur chaque cheveu en particulier.

Traitement. — Il n'y a aucun moyen thérapeutique efficace à employer pour arrêter les progrès de la canitie ou pour rendre aux cheveux blanchis leur couleur primitive : lorsque ceux-ci sont en petit nombre, le mieux est de les arracher, non seulement parce qu'on les fait dispa-

raître, mais parce que, dans certains cas, rares il est vrai, un cheveu coloré peut repousser à la place d'un cheveu blanc. Ce fait est positif pour la canitie qui succède à l'herpès tonsurant et à la pelade; mais je l'ai constaté aussi quelquefois au début d'une canitie spontanée, et j'ai vu ainsi retarder la décoloration du système pileux. Une fois établie, la canitie est incurable et l'on ne peut la masquer qu'à l'aide de cosmétiques ou de teintures dont je n'ai pas à m'occuper ici.

§ 2. — Difformités de l'épiderme.

Les difformités de l'épiderme sont constituées par un épaississement soit local, soit général de cette enveloppe superficielle de la peau ; dans ces difformités rentrent les callosités, les cors, les cornes, l'ichthyose et les verrues, je dirai peu de chose des premières, mais je m'étendrai davantage sur l'ichthyose, puis je décrirai brièvement les verrues, constituées par une hypertrophie de l'épiderme associée à un développement du corps papillaire de la peau, en terminant par un chapitre un peu plus long sur le xanthelasma. Ces diverses difformités constituaient en très grande partie, pour Alibert, la classe très naturelle et très bien délimitée des dermatoses hétéromorphes, dans laquelle cependant on regrette de voir figurer, sous le nom d'onygose, les affections inflammatoires de la matrice de l'ongle et l'ongle incarné lui-même.

a. Callosités.

On donne le nom de *callosités*, de *durillons* (*tilosis calleux* d'Alibert) à un épaississement local de la peau formé par des couches d'épiderme superposées ; lorsque ces couches sont foliacées et que quelques-unes se séparent sur leurs bords, on donne à l'épaississement le nom

vulgaire d'*oignon* à cause de la ressemblance que présente le durillon avec la racine des plantes bulbeuses. Les callosités se présentent sous la forme de plaques rondes ou allongées, ordinairement peu étendues, d'une coloration blanche ou brune, lisses et ayant l'aspect et la dureté de la corne. Ces plaques sont privées de la sensibilité tactile, mais elles sont souvent le siège d'une douleur vive par le fait d'une pression exercée sur elles et médiatement sur le derme.

Les callosités sont presque constamment consécutives à une pression extérieure prolongée; on les observe très fréquemment aux pieds, principalement à la face externe du petit orteil, à la face interne ou inférieure du gros orteil, au talon, par le fait de chaussures trop dures ou trop étroites ; on les rencontre encore aux mains, aux poignets, aux coudes, aux genoux, chez les ouvriers exposés par leur profession à des pressions répétées sur une partie limitée de ces régions ; on en trouve à la face palmaire des doigts et de la main chez les forgerons et les serruriers, qui travaillent au feu, et qui peuvent ainsi toucher impunément à des corps en ignition; chez les musiciens qui jouent d'instruments à cordes on voit ces durillons à l'extrémité des doigts : dans toutes ces circonstances il y a une cause externe qui détermine par son action répétée une production exagérée de cellules épithéliales; et cet épaississement disparaît ordinairement lorsque la cause cesse d'agir : c'est ainsi qu'on voit la peau reprendre son aspect normal chez les ouvriers dont je viens de parler et qui cessent d'exercer leur profession.

Une callosité de même aspect et d'une structure absolument semblable peut se présenter au gland du pénis, qui devient dur, inégal et bosselé dans une partie de son étendue et quelquefois dans sa totalité ; dans cette altération qui a été rapprochée par certains auteurs de la dégé-

nérescence cornée, on ne peut invoquer la pression comme circonstance étiologique.

Les callosités ne sont guère douloureuses qu'aux pieds, pendant la marche et par le fait de la pression de la chaussure ; dans les autres régions, les callosités professionnelles ne sont le siège d'aucune douleur, et elles sont même une cause de protection contre la chaleur ou contre une pression naturelle. Néanmoins dans certains cas, elles peuvent être le siège de fissures douloureuses et elles peuvent même devenir l'occasion d'inflammations cutanées, d'abcès dermiques, de lymphites et d'adénites par suite de la pression qu'elles exercent sur les tissus sous-jacents.

Le traitement curatif des durillons consiste dans la suppression de la cause qui leur a donné naissance. J'ai déjà dit que les callosités des ouvriers disparaissent par la cessation du travail professionnel ; les durillons des pieds se guérissent quelquefois par une chaussure plus large ou mieux faite ; mais comme moyen palliatif, et principalement aux pieds, pour calmer les douleurs, on peut, avec un instrument tranchant, enlever quelques couches épidermiques et en diminuant ainsi l'épaisseur de la callosité, amoindrir l'intensité de la pression. En renouvelant de temps en temps cette opération on atténue beaucoup les inconvénients de cette petite difformité.

b. Cor.

Le *cor* (en latin *clavus*, *tylosis gompheux* d'Alibert) est un épaississement allongé de l'épiderme, en forme de clou, dont la tête regarde la superficie et dont la pointe se dirige vers la profondeur de la peau. Dans la callosité il existe seulement des couches épidermiques dures, épaisses et superficielles ; dans le cor on trouve à la partie périphérique, un simple épaississement épidermique,

mais cet épaississement se prolonge en bas en s'amincissant sous forme d'une pointe plus dure, de consistance cornée, qui comprime le derme, l'amincit et peut finir même par le perforer complètement. Par le fait de cette compression les papilles dermiques sont atrophiées et peuvent même disparaître.

Le cor se présente sous la forme d'une petite saillie arrondie, dure, luisante, laissant voir en outre un ou plusieurs points gris, plus saillants, plus durs, qui correspondent aux racines. Il se rencontre exclusivement aux pieds et principalement aux parties saillantes, au côté interne du cinquième orteil, au niveau des articulations des phalanges, à la plante du pied, particulièrement sous le gros orteil, plus rarement au talon. On constate encore assez fréquemment la présence des cors entre les orteils, et là ils sont plus mous, plus renflés et leur partie dure, centrale, est encavée ; ces caractères spéciaux tiennent à l'humidité qui existe habituellement entre les orteils ; on désigne vulgairement ces cors sous le nom d'*yeux de perdrix*.

Le cor est sensible à la pression, et, lorsqu'il atteint un certain développement, la douleur qui se manifeste, surtout par le contact de la chaussure, ressemble à celle que produirait un instrument pointu pénétrant dans la peau. Cette douleur est rarement continue ; elle s'exaspère par la marche et se fait sentir principalement par les temps humides ; l'épiderme, corps hygrométrique, se gonflant par l'humidité, la pression devient alors plus forte. La douleur peut être assez violente pour empêcher la marche et pour nécessiter l'ablation momentanée des chaussures.

La douleur est encore plus vive et elle devient continue lorsque le cor s'accompagne d'inflammation des parties ambiantes : il peut exister alors une inflammation érythémateuse de la peau qui se traduit par une rougeur avec

un léger gonflement entourant le cor, par des élancements et des douleurs à la plus légère pression. Mais l'inflammation peut être plus forte et plus profonde et une petite collection purulente peut se former sous le cor ; ou bien l'inflammation gagne une petite bourse séreuse qui se développe quelquefois au-dessous du cor, principalement à la face interne du gros orteil, et l'on voit alors se développer des accidents inflammatoires assez sérieux qui peuvent s'étendre jusqu'à l'os.

Le cor est le résultat de la pression des chaussures ; les gens qui marchent nu-pieds n'en sont pas atteints, et on les voit quelquefois disparaître spontanément après une longue maladie qui a nécessité pendant un certain temps le séjour au lit ou l'absence de chaussures solides. Les chaussures faites avec un cuir dur, celles qui sont trop étroites ou trop pointues du bout, favorisent le développement des cors; on les voit survenir aussi à la suite de l'usage de souliers trop larges, mais mal faits et ne se moulant pas exactement à la conformation des pieds.

Le cor est l'occasion de douleurs souvent très vives et gêne la marche; il faut donc tâcher de le guérir. Le traitement qu'on peut lui apporter est palliatif ou curatif. Le premier consiste à couper le cor de temps en temps avec un instrument tranchant lorsque son volume est trop considérable; cette opération diminuant la saillie de la production épidermique, fait cesser les douleurs et en la renouvelant fréquemment, on rend la présence des cors tolérable. On peut également diminuer les douleurs en plaçant le cor au milieu d'un disque fait d'amadou ou de caoutchouc, percé à son centre d'une ouverture arrondie et correspondant à la saillie du cor, de manière que la pression de la chaussure ne porte que sur les parties environnantes et non sur la partie saillante et douloureuse. Parmi les moyens palliatifs, je placerai encore les emplâtres de diachylon, de savon, de Vigo, de

papier chimique ou autres qui ne guérissent pas les cors, mais qui les ramollissent et les rendent moins sensibles.

Le seul moyen curatif consiste dans l'extirpation du cor pratiquée en détachant d'abord le cor dans sa périphérie à l'aide d'un instrument tranchant, puis en cherchant à enlever les racines à l'aide d'une aiguille aplatie et à pointe mousse, montée sur un manche. Si cette opération est bien faite elle peut être suivie de guérison, mais il faut souvent la répéter plusieurs fois avant d'obtenir un résultat définitif. J'ajouterai qu'il suffit souvent pour se débarrasser de cors, même anciens, d'avoir des chaussures bien faites, larges du bout et confectionnées avec un cuir très souple.

c. Cornes cutanées.

La *corne* est une excroissance cutanée ayant par sa forme et par sa structure une grande ressemblance avec la corne d'un animal. C'est un fait assez rare, mais comme il attire l'attention par sa rareté même, on en trouve un assez grand nombre de cas principalement signalés dans les recueils périodiques; la plupart ont été observés chez des personnes âgées. Ces cornes, qui peuvent survenir dans diverses parties du corps, mais qui sont plus fréquentes à la tête que partout ailleurs, ont une longueur et une forme très variables; quelques-unes ne forment qu'une saillie de quelques millimètres, d'autres atteignent 10 à 12 centimètres. On en trouve d'arrondies, d'aplaties, d'irrégulières; ordinairement leur base est plus large que leur extrémité, laquelle est quelquefois pointue; le plus souvent elles sont droites, mais on en a observé de recourbées ou de coudées. Leur surface est tantôt lisse, tantôt inégale et rugueuse. Leur coloration est grise ou brune. Dans la presque unanimité des cas les cornes sont indolentes; on trouve cependant

quelques observations dans lesquelles on voit notée l'existence de douleurs à leur base.

La corne est ordinairement unique chez le même individu; on a cependant rapporté des faits dans lesquels il en existait un certain nombre chez la même personne. On a cité des cas de développement rapide des productions cornées; mais habituellement elles croissent lentement, et elles persistent indéfiniment. Elles sont susceptibles de tomber spontanément et elles peuvent alors se reproduire, le plus ordinairement dans le même lieu. Il y a quelques exemples de terminaison de cornes par une production épithéliomateuse. J'en ai observé un cas récemment.

La corne a pour point de départ ordinaire le corps muqueux, ou plus rarement une glande sébacée ou même une glande sudoripare; l'examen microscopique y fait reconnaître les éléments de l'épiderme et des ongles; à la base de l'excroissance on trouve souvent des enfoncements destinés à loger des groupes de papilles hypertrophiées.

Le traitement des cornes cutanées consiste dans leur extirpation par l'instrument tranchant, et dans la cautérisation, par le fer rouge ou par un caustique, des papilles situées à la base de l'excroissance. Mais lorsqu'elles existent dans un endroit peu apparent et lorsque leur dimension n'est pas gênante, comme elles sont indolentes, le mieux est de n'y pas toucher; l'extirpation et la cautérisation pourraient être l'occasion d'une dégénérescence épithéliomateuse.

d. Ichthyose.

Le mot *ichthyose* (du grec ἰχθὺς, poisson) est employé en médecine pour désigner un état particulier de la peau existant d'une manière permanente sur une étendue plus ou moins considérable de l'enveloppe cutanée, et

caractérisé par la sécheresse et l'épaississement de l'épiderme, le plus souvent aussi par sa desquamation.

Historique. — L'ichthyose n'est pas indiquée dans les anciens auteurs ; elle a probablement été pendant bien longtemps confondue avec les affections squameuses de la peau, et principalement avec le pityriasis et avec le psoriasis. A partir du dix-septième siècle, on trouve publiées quelques observations d'individus présentant une peau semblable à celle des reptiles, des poissons ou des rhinocéros ; ces faits, rapportés comme des curiosités par Panaroli (Rome, 1652), par Van der Wiel, par Marcel, Donati et Schenck ; d'autres semblables, consignés dans les *Transactions philosophiques de Londres*, dans les *Éphémérides des curieux de la nature* et dans des recueils périodiques, ont permis à Willan, avec l'aide de quelques observations personnelles, de constituer le genre ichthyose qu'il a placé dans l'ordre des squames de sa classification dermatologique. L'ichthyose fut ainsi considérée comme une maladie distincte, et son histoire se trouva bientôt complétée par de nouvelles observations plus détaillées et plus exactes. Bateman, Biett, Gibert, Cazenave, Devergie, en répétant les descriptions données par Willan, et en ne s'arrêtant qu'aux caractères objectifs, continuèrent à placer l'ichthyose dans le groupe des affections squameuses, à côté du pityriasis, du psoriasis et de la lèpre vulgaire, et la considérèrent comme étant de même nature que ces maladies. Alibert, auquel on doit sur ce sujet (*Traité des dermatoses*) un chapitre très intéressant, eut le mérite de considérer le premier l'ichthyose sous son véritable aspect, et, en l'éloignant des maladies squameuses psoriasiques ou pityriasiques, de la décrire comme une difformité de la peau ; il la plaça dans sa douzième classe, dans les *dermatoses hétéromorphes*, lesquelles constituaient pour lui des difformités ne se rapportant à aucun genre connu.

Aujourd'hui cette opinion a complètement prévalu; on ne regarde plus l'ichthyose comme une maladie, mais bien comme une difformité permanente de la peau. Cette manière de voir, que j'ai cherché à faire prévaloir depuis longtemps, est partagée par Bazin, par Hebra et par la plupart des auteurs anglais contemporains, Erasmus Wilson place l'ichthyose dans les vices de nutrition de la peau et propose de lui donner le nom de *xérodermie*, dénomination qui fait ressortir le caractère le plus important et le plus constant de l'ichthyose, savoir la sécheresse de la peau.

Willan et Bateman n'avaient décrit que deux espèces d'ichthyose, l'ichthyose *simple* ou la peau de poisson (*fish-skin*), et l'ichthyose *cornée* ou *cornes cutanées*. Alibert, plus complet, quoique laissant de côté les productions en forme de cornes isolées, proposa trois espèces principales : l'ichthyose *nacrée*, dans laquelle les écailles épidermiques, dures, luisantes, d'un blanc nacré, ont beaucoup de ressemblance avec celles de la carpe; l'ichthyose *serpentine*, dans laquelle les écailles molles et peu saillantes font ressembler la peau à la cuticule des serpents; et l'ichthyose *cornée*, dans laquelle les écailles dures, placées les unes à côté des autres, forment des saillies coniques qui acquièrent quelquefois la dureté de la corne. Ces divisions de l'ichthyose proposées par Alibert ont été généralement adoptées : Bazin les accepte sans objections. Pour ma part, je les crois fondées sur l'observation exacte des faits; je propose cependant d'ajouter aux espèces admises par Alibert deux autres variétés : l'ichthyose *pityriasique* et l'ichthyose *lichénoïde;* je crois aussi nécessaire de diviser l'ichthyose en ichthyose généralisée et en ichthyose locale, cette dernière espèce étant plus commune qu'on ne l'a pensé jusqu'alors. Je chercherai à justifier ces additions en décrivant les caractères objectifs de l'ichthyose.

Description. — Quelle que soit la variété d'ichthyose générale chez les individus atteints de cette difformité, le peau est sèche et rude; il n'y a de transpiration qu'aux aisselles, aux aines et aux environs des parties génitales. Chez quelques-uns, il y a également un peu de sécrétion sudorale à la plante des pieds et à la paume de la main; le plus ordinairement cependant, les régions palmaires et plantaires sont sans écailles, mais sèches, luisantes et parsemées d'une multitude de plis superficiels qui s'entrecroisent.

Dans l'*ichthyose nacrée*, la peau est recouverte d'écailles plus ou moins épaisses, adhérentes par toute leur surface, ou détachées par une de leurs extrémités, de manière à former une lamelle aplatie et un peu flottante; tantôt elles sont juxtaposées seulement; d'autres fois, mais plus rarement, elles se recouvrent légèrement les unes les autres en s'imbriquant, comme on le voit sur l'enveloppe cutanée des poissons. Ces écailles sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins épaisses; elles forment quelquefois des couches épidermiques manifestement saillantes, lesquelles se rencontrent surtout dans certaines régions. Au lieu d'être épaisses et larges, les squames sont quelquefois petites et minces, semblables à celles du pityriasis, et n'en différant que par une adhérence plus forte à la peau : cela se rencontre surtout dans les ichthyoses localisées; c'est la variété à laquelle je propose de donner le nom de *pityriasique*.

La coloration des squames dans l'ichthyose nacrée est quelquefois blanche; elle est plus souvent grise, et la peau paraît ordinairement toujours sale; chez quelques sujets, la coloration est brune et parfois même tout à fait noire : c'est alors l'*ichthyose noire* de certains auteurs.

Dans l'*ichthyose serpentine*, la peau ne se détache pas sous forme d'écailles, mais elle a une sécheresse remarquable, et elle présente une multitude de lignes qui

s'entrecroisent de manière à figurer dans leurs intervalles des espaces carrés ou losangiques qui font ressembler la peau à celle des reptiles : à cause de cette similitude, Erasmus Wilson a donné à cette espèce le nom de *sauriasis* (peau de saurien). Dans cet état, la peau est extrêmement sèche, rude, et l'épiderme est très souvent coloré en gris, en brun ou en noir; cette coloration n'est pas uniforme, mais bien tachetée; il en résulte une plus grande ressemblance encore avec l'enveloppe cutanée des reptiles. Alibert cite l'observation d'une jeune actrice d'un des théâtres de Paris, douée d'ailleurs de la physionomie la plus agréable, et ayant heureusement le visage et le cou dans un état normal, mais dont la peau de l'abdomen présentait l'aspect et la couleur de celle d'une couleuvre. Au lieu de ces espaces losangiques en manière d'armure, la peau est quelquefois épaissie et sillonnée de plis allongés qui s'entrecroisent comme des hachures de dessins ou de gravures; cet aspect rappelle l'état de la peau dans la dernière période du lichen; j'ai proposé de désigner cette variété sous le nom d'*ichthyose lichénoïde.*

Chez certains vieillards des deux sexes, on voit la peau se dessécher et présenter une multitude de plis qui s'entrecroisent, de manière à se rapprocher de l'ichthyose serpentine. Je dois signaler cette variété, dans laquelle le plis sont moins prononcés, la coloration de la peau est moins foncée et qui diffère surtout de la véritable ichthyose, ordinairement congénitale, en ce sens qu'elle ne survient qu'à un certain âge et qu'elle peut être considérée comme le résultat de la disparition des glandes sébacées et d'une atrophie de la peau. C'est l'*ichthyose sénile.*

L'*ichthyose cornée* est caractérisée par des saillies non plus lamelleuses, mais pleines et coniques; dans son état le plus simple, elle est constituée par de petites aspérités

arrondies, saillantes au-dessus du niveau de la peau, et figurant une chair de poule exagérée. Ces aspérités, ordinairement assez rapprochées les unes des autres, donnent à la peau un aspect rugueux, et à la vue aussi bien qu'au toucher, elles rappellent l'idée d'une râpe. Cette difformité, quelquefois répandue sur tout le corps, se rencontre principalement à la face externe des bras et des cuisses. J'ai été consulté un grand nombre de fois par des jeunes filles et par des femmes désolées de cet aspect de la peau, qui s'associe souvent avec une rougeur habituelle des épaules et des bras. On avait d'abord attribué ces saillies de la peau à l'hypertrophie des papilles; avec les auteurs contemporains, je place le siège anatomique de cette altération dans l'épiderme qui recouvre les follicules pileux, le plus ordinairement dépourvus de poils ou garnis seulement d'un poil rudimentaire.

L'ichthyose cornée peut être bien plus prononcée; dans certains cas, la peau a une rudesse toute particulière, et elle est parsemée d'excroissances dont la forme varie : tantôt ce sont des tumeurs verruqueuses; d'autres fois ce sont des saillies coniques semblables aux piquants du hérisson, ou des espèces d'ergots irrégulièrement disséminés ou rangés symétriquement de manière à simuler les crins d'une brosse. Dans ces circonstances, on a comparé la peau au cuir de l'éléphant, à la peau des jambes des rhinocéros, ou même à l'enveloppe cutanée des porcs-épics, d'où les *hommes porcs-épics* dont on trouve l'histoire dans quelques auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci. Les plus curieux de ces individus à peau de bête ont été certainement les frères Lambert, dont l'histoire a été racontée par Tilesius (1), Buniva et Alibert, et qui présentaient sur presque toute

(1) W. Tilesius, *Ausfuhrliche Beschreibung und Abbildung der Stachelschweinmenschen, aus der englischen Familie Lambert, oder « the Porcupine man »*. Altenburg, 1802.

l'enveloppe cutanée, la face, la paume des mains et le bout des doigts exceptés, des écailles cornées, de forme conique ou prismatique, de dimension et de longueur variables, quelques-unes ayant un pouce de long; celles qui étaient situées sur le dos, sur les flancs, sur les parois abdominales étaient séparées les unes des autres par leur sommet, mais réunies par leur base; la tête de ces écailles était noire, la racine blanche et le corps grisâtre; elles étaient d'une assez grande fragilité.

Dans certains cas d'ichthyose cornée avec saillies dures et élastiques, on a signalé encore comme une curiosité très remarquable le bruit qu'elles sont quelquefois susceptibles de rendre lorsque la main les touche ou lorsqu'on les frotte rapidement avec une certaine force; ce bruit, dit Alibert, a la plus grande analogie avec celui qui résulte du froissement de la terre par le serpent à sonnettes.

Dans ces cas rares d'excroissances cornées, quelle est la nature de ces saillies? dans quelle partie élémentaire de la peau prennent-elles naissance? C'est ce qu'il est impossible de dire, ces exemples ayant été observés avant les progrès de l'anatomie pathologique. Il me paraît néanmoins difficile d'admettre, comme l'ont avancé certains auteurs, que ces appendices pointus ou arrondis soient le résultat de la sécrétion exagérée et de l'endurcissement de la matière sébacée, concrétée jusqu'à figurer des espèces de cornes ou de piquants, et s'élevant à travers l'orifice des follicules.

Quelle que soit l'apparence de l'ichthyose, qu'elle soit nacrée, serpentine ou cornée, elle occupe ordinairement la presque totalité du corps : elle est généralisée; certaines régions cependant présentent des lésions plus prononcées, et certaines autres en sont exemptes : c'est ainsi que dans l'ichthyose nacrée, les squames sont toujours plus épaisses aux environs des genoux, aux coudes,

à la partie externe des bras et des cuisses ; les squames manquent au contraire habituellement aux aisselles, aux aines, aux environs des parties génitales, à la paume de la main et à la plante des pieds. Dans l'ichthyose serpentine, il n'est pas rare de trouver les lésions plus marquées dans le sens de la flexion des membres et du tronc. Dans l'ichthyose cornée, les saillies sont surtout prononcées à la partie externe des membres et à la partie postérieure du tronc. La face est assez souvent exempte des lésions ichthyosiques ; dans l'ichthyose nacrée, il existe quelquefois, à la figure, des squames fines, peu étendues et assez adhérentes, qui ressemblent aux écailles épidermiques qu'on rencontre dans le pityriasis. Au cuir chevelu, la peau est sèche, écailleuse, et les cheveux sont clairsemés et très secs.

Dans toutes les variétés d'ichthyose, les lésions sont toujours identiques, de forme et d'intensité, sur les deux côtés du corps ; les deux parties similaires se ressemblent complètement.

Mais l'ichthyose n'est pas toujours généralisée ; assez souvent elle est circonscrite à une région ou à plusieurs régions voisines, quelquefois même elle n'occupe qu'une étendue très restreinte. J'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de ces ichthyoses locales, qui ont été à peine mentionnées par les auteurs, et qui donnent lieu fréquemment à des erreurs de diagnostic. Je crois d'autant plus important de signaler cette variété qu'elle est peu connue. Elle est caractérisée d'ailleurs par une coloration rouge, plus ou moins foncée de la peau, et par une desquamation fine et furfuracée ordinairement blanche ; quelquefois il n'y a que de la sécheresse et de la coloration, sans squames. L'altération de la peau est toujours circonscrite, exactement délimitée, et parfaitement symétrique des deux côtés du corps.

Ces ichthyoses locales peuvent se rencontrer dans

toutes les régions, mais on les observe principalement à la face, à la paume des mains et à la plante des pieds. A la face, le siège le plus commun de cette lésion est certainement aux sourcils; elle se manifeste par une tache rouge allongée occupant la place destinée aux sourcils et s'étendant quelquefois un peu au delà; sur cette tache se voient des squames blanches, fines et assez adhérentes, lesquelles occupent la place des poils ordinairement très courts, très clairsemés et quelquefois même manquant complètement : cette absence de l'élément pileux sert encore à rendre plus visible la rougeur et la desquamation. Cette altération de la peau est absolument identique de forme et d'étendue à droite et à gauche. J'ai vu trois fois la même lésion squameuse, avec une coloration semblable, occuper les deux joues, et Willan cite le cas d'une dame ayant une large tache d'ichthyose couvrant chaque joue et s'étendant sur le nez, en se rejoignant à celle du côté opposé (1). J'ai également observé plusieurs fois sur la tête une altération caractérisée par des squames et par une sécheresse parcheminée du cuir chevelu ; cette lésion est prise ordinairement pour du pityriasis, mais sa permanence et sa résistance aux moyens curatifs m'ont engagé à la rattacher à l'ichthyose ; dans cet état, les cheveux sont rares, fins et très secs. La variété d'ichthyose dont je m'occupe, peut également exister au tronc : j'ai eu occasion d'observer, il y a quelques années, une personne atteinte depuis son enfance d'une affection cutanée occupant les deux épaules, les deux bras et la moitié des avant-bras, et caractérisée par une coloration grisâtre de la peau, ainsi que par l'existence de squames très fines et très adhérentes. Ce malade, attaché à la diplomatie et ayant beaucoup voyagé, avait été examiné par un grand nombre de médecins qui avaient donné à son affection

(1) Willan, *Synopsis of cutaneous Diseases*. London, 1808.

les noms les plus divers. La permanence de cet état de la peau, sa résistance à tous les moyens thérapeutiques employés, et surtout la symétrie parfaite des taches qu'on observait des deux côtés, m'engagèrent à le considérer comme une ichthyose partielle.

Plus souvent que dans les régions dont je viens de parler, l'ichthyose est localisée à la paume des mains et à la plante des pieds, ordinairement dans ces quatre parties, quelquefois aux deux parties similaires, supérieures ou inférieures seulement. L'affection est caractérisée alors par une sécheresse particulière, comme ligneuse, des pieds ou des mains, qui sont lisses, luisants à leur face interne, et qui présentent une multitude de lignes entrecroisées. En touchant ces parties, et particulièrement en donnant la main aux personnes atteintes de cette difformité, on éprouve une sensation de sécheresse toute particulière qui, pour des médecins exercés, peut servir à la faire reconnaître. Il y a absence complète de transpiration dans les parties affectées. Cet état particulier des pieds et des mains coïncide souvent, ainsi que je l'ai déjà dit, avec l'ichthyose généralisée, quelquefois avec une ichthyose cornée des membres ; mais dans un assez grand nombre de cas, elle existe seule, sans qu'on trouve ailleurs ni squames, ni sécheresse de la peau.

Une altération assez semblable de la paume des mains peut survenir chez certaines personnes exerçant une profession qui expose à manier continuellement des substances irritantes, telles que les épiciers, les teinturiers, les confiseurs, et surtout les cuisiniers et les cuisinières. Ces personnes présentent à la paume des mains un épiderme sec, luisant et parsemé de rides nombreuses. Cette altération est souvent consécutive à plusieurs attaques d'eczéma des mains. C'est là l'*ichthyose professionnelle* de certains auteurs, qui diffère de la véritable ichthyose par ce fait qu'elle est acquise et non congénitale, qu'elle

peut se dissiper par la cessation de la cause professionnelle qui l'a fait naître, et aussi parce qu'elle n'existe pas toujours au même degré dans les deux mains, souvent inégalement exposées aux contacts irritants.

Le plus ordinairement l'ichthyose ne se manifeste que par les caractères objectifs dont je viens de parler ; il est très rare qu'elle s'accompagne de quelque sensation douloureuse. Dans les cas d'ichthyose nacrée intense, il y a quelquefois une légère raideur dans les membres, et une certaine difficulté de mouvement dans les points recouverts de squames. La sensibilité tactile est parfois un peu émoussée dans les mêmes régions, et les ichthyosiques se plaignent quelquefois d'un sentiment de sécheresse de la peau qui leur est assez pénible. Mais, je le répète, dans la presque unanimité des cas, le caractère distinctif de l'ichthyose est l'absence de toute sensation morbide et de tout phénomène symptomatique. Il n'y a également aucun trouble dans la santé générale.

Marche, durée. — L'ichthyose est ordinairement congénitale, ou du moins, si l'on ne s'aperçoit pas tout de suite de la lésion de la peau, on la découvre plusieurs mois après la naissance. Il est bien rare de constater pour la première fois le développement de l'ichthyose vraie chez des individus âgés de plusieurs années ; lorsque cela arrive, il faut croire que la sécheresse et l'altération de la peau n'avaient pas été reconnues tout d'abord ; c'est ce qui arrive souvent dans les ichthyoses peu prononcées et surtout dans les ichthyoses locales. Les lésions cutanées que j'ai indiquées sous les noms d'ichthyose sénile et d'ichthyose professionnelle font exception à cette règle générale, et par cela même diffèrent radicalement de la véritable ichthyose.

Une fois développée, l'ichthyose persiste indéfiniment ; sous l'influence de bains, de lotions et de quelques autres moyens thérapeutiques, surtout lorsqu'il s'agit de l'ich-

thyose nacrée, la peau peut paraître reprendre les conditions normales, mais cette amélioration n'est que momentanée, et l'altération reparaît avec tous ses caractères, et dans les mêmes conditions de siége et d'intensité, dès qu'on suspend les moyens artificiels employés.

Chez quelques ichthyosiques, on a constaté que les squames et les autres productions épidermiques tombaient à certains moments de l'année ; il y a là une sorte de mue comparable à celle qui est observée chez un assez grand nombre d'animaux. Les frères Lambert, ces hommes porcs-épics dont j'ai parlé, étaient sujets à une mue périodique, aux approches de l'hiver et du printemps; les excroissances se détachaient, et de nouvelles écailles se reproduisaient dans l'espace d'un mois. J'ai vu plusieurs fois l'ichthyose disparaître complètement pendant l'été, et la peau devenir susceptible de transpiration pendant la saison chaude. Chez presque tous les ichthyosiques, les squames augmentent d'épaisseur pendant l'hiver.

Anatomie pathologique. — Dans l'ichthyose, la lésion principale consiste dans une production exagérée de l'épiderme ; en même temps les papilles sont augmentées de volume et leurs vaisseaux sont dilatés ; le derme est épaissi et condensé. Dans quelques cas, suivant Baerensprung et Neumann, il existe dans le corps muqueux un grand nombre de granulations pigmentaires qui expliquent la teinte foncée de la peau dans les ichthyoses grises et noires. Les follicules pileux et sébacés sont diminués en nombre et atrophiés ; le tissu adipeux est aminci. Dans son mémoire sur les affections cutanées d'origine nerveuse, Leloir est porté à rattacher l'ichthyose à une altération du système nerveux ; il s'appuie d'abord sur ce fait qu'à la suite d'une lésion traumatique ou autre d'un nerf, on voit souvent la peau auquel il aboutit devenir sèche et prendre un aspect ichthyosique ; puis

il cite deux observations d'ichthyose vraie avec examen histologique des nerfs, dans lesquelles il a constaté dans ceux-ci des altérations se rapportant à la névrite dégénérative atrophique ; mais ces observations anatomiques sont bien incomplètes et en bien petit nombre, et il me paraît difficile de rapporter à une altération locale des nerfs une affection aussi étendue et aussi isolée de tout autre phénomène anormal que l'ichthyose.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ichthyose, surtout lorsqu'elle est généralisée, est ordinairement facile : la sécheresse de la peau, les productions épidermiques disposées très symétriquement, l'absence de tout symptôme, la persistance de la lésion cutanée et sa résistance à tous les moyens thérapeutiques, sont des caractères tellement distinctifs, qu'il est rare qu'on méconnaisse cette difformité de la peau et qu'on la prenne pour une maladie squameuse. Toutefois cette erreur peut être faite, et surtout dans le cas d'ichthyoses locales, caractérisées seulement par une légère coloration de la peau et par la présence de quelques squames. J'ai vu commettre plusieurs fois cette faute de diagnostic, d'autant plus facile, que ces ichthyoses localisées sont peu connues, et qu'elles n'ont pas été décrites dans les traités classiques de dermatologie : quelques auteurs, Devergie, par exemple, en nient complètement l'existence. Dans ces circonstances, on devra reconnaître l'ichthyose, non seulement à l'absence de symptômes, à la durée indéfinie de la maladie, mais surtout à la symétrie parfaite et mathématique des lésions épidermiques, lesquelles sont complètement identiques de forme, d'étendue et d'intensité des deux côtés du corps. Ce caractère de symétrie parfaite m'a plusieurs fois servi à diagnostiquer des ichthyoses pithyriasiques qui avaient été méconnues. Cette ressemblance des deux côtés du corps n'est jamais aussi complète dans les affections psoriasiques, pityriasiques et liché-

noïdes qui présentent quelque similitude d'aspect avec les ichthyoses partielles.

Pronostic. — L'ichthyose ne s'accompagne d'aucun symptôme local et d'aucun trouble dans la santé générale; j'ai déjà dit que ce n'était pas une maladie à proprement parler; elle n'entraîne par son existence aucun danger, mais c'est une difformité permanente et incurable. Les personnes qui en sont affectées, surtout dans la classe élevée de la société, en ressentent souvent un grand chagrin; j'ai vu plusieurs ichthyosiques ne pas oser se marier, de peur d'inspirer de la répugnance à leur conjoint et de peur d'avoir des enfants atteints de la même affection. J'ai constaté plusieurs cas de manie mélancolique survenue par le seul fait de cette lésion cutanée. Chez les femmes particulièrement, les ichthyoses, même les plus légères, sont une cause de profonde tristesse et souvent d'altération de la santé générale.

A propos du pronostic, j'ajouterai que les ichthyosiques sont souvent atteints d'eczéma, et que chez eux cette maladie est très longue et très rebelle; elle est néanmoins susceptible de guérison.

Étiologie. — La véritable ichthyose est ordinairement congénitale, on la constate au moment de la naissance ou plus souvent dans les quelques mois qui la suivent. Elle est presque constamment héréditaire, mais cette influence étiologique n'est pas absolue : ainsi, dans une famille dans laquelle le père ou la mère sont ichthyosiques, sur trois ou quatre enfants, un ou deux seulement héritent de cette difformité, il est rare que tous les enfants en soient affectés, cela peut arriver cependant. Quelquefois il n'y a que les personnes d'un seul sexe qui sont atteintes : dans la famille des frères Lambert, pendant quatre générations connues, les hommes seuls ont présenté ces excroissances épidermiques qui les faisaient ressembler à des porcs-épics. L'influence héré-

ditaire n'a pas toujours lieu en ligne directe, il faut souvent aller la découvrir chez les grands parents, chez les oncles ou chez les tantes; mais lorsqu'on a les éléments nécessaires pour se livrer à cette recherche ascendante, il est bien rare qu'on ne trouve pas dans une famille où il existe un ichthyosique une ou plusieurs personnes atteintes de la même difformité cutanée; et cette influence héréditaire est telle que, dans les cas où elle échappe complètement, l'exception apparente à la règle peut être expliquée, le plus souvent, par l'introduction illégitime, dans la famille, d'un individu étranger, qu'on a pu retrouver quelquefois parmi les amis ou les voisins.

Je ne voudrais pas cependant conclure d'une manière tout à fait absolue à la nécessité de l'influence héréditaire; tous les auteurs ont admis que l'ichthyose pouvait se développer pour la première fois dans une famille, et alors on a invoqué, pour expliquer sa production, des émotions éprouvées par la mère pendant la grossesse, et se rapportant à des poissons, à des reptiles ou à d'autres animaux. Mais ces faits sont bien plus souvent supposés que prouvés par une observation rigoureuse.

L'ichthyose existe dans toutes les classes sociales. On la constate indifféremment dans les deux sexes. Est-elle plus commune dans certains pays que dans d'autres? C'est une question difficile à résoudre dans l'état actuel de la science. Alibert dit qu'on a rencontré au Paraguay un certain nombre d'individus ayant le corps couvert d'écailles imbriquées comme celles des poissons, et n'ayant d'ailleurs ni douleur, ni démangeaison; mais ces assertions, dues aux premiers missionnaires parvenus au Paraguay, n'ont pas été confirmées par les relations des voyageurs qui ont pénétré ultérieurement et en grand nombre dans ces contrées aujourd'hui suffisamment connues.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement curatif à op-

poser à l'ichthyose vraie; quelle que soit sa variété, c'est une difformité au-dessus des ressources de l'art; on ne doit, contre cette lésion cutanée, avoir en vue qu'un traitement palliatif. C'est à l'aide de bains, de lotions, d'onctions avec certaines pommades qu'on peut espérer diminuer et même faire disparaître complètement, mais momentanément, les squames épidermiques accumulées à la surface du corps. C'est principalement dans l'ichthyose nacrée qu'on peut espérer quelque chose de ces moyens thérapeutiques; on devra surtout compter sur l'effet des bains alcalins, ou mieux des bains savonneux préparés par l'addition de 500 grammes de savon dans un bain d'eau tiède; on devra également prescrire des lotions quotidiennes avec le savon noir étendu d'eau, avec l'huile, des onctions avec les pommades goudronnées contenant d'un dixième à un quart de goudron ou d'huile de cade. A l'aide de ces soins toujours renouvelés, la sécheresse de la peau diminue, et les productions épidermiques continuellement enlevées, peuvent disparaître; mais la lésion se montre de nouveau dès qu'on cesse ou dès qu'on éloigne ces moyens artificiels.

Tout remède interne est inutile et peut être nuisible. Willan conseillait l'administration interne du goudron végétal, du soufre, de l'arsenic : ces divers médicaments n'ont jamais donné de résultats favorables; il faut s'en abstenir.

Dans une affection de l'enveloppe cutanée, on devait essayer l'effet des eaux minérales administrées en bains; c'est ce qui a été fait, et les ichthyosiques qui appartiennent à la classe fortunée de la société ne manquent pas d'aller demander leur guérison aux diverses eaux minérales. Je dois dire que toutes les eaux chaudes, quelle que soit leur composition, font du bien, mais qu'aucune ne guérit. Pendant le traitement thermal, sous l'influence d'un bain quotidien et prolongé, les squames se déta-

chent, la peau devient plus souple, et souvent on voit au bout de quelques semaines survenir une guérison apparente. Sans croire à l'effet curatif des eaux minérales, elles constituent donc un moyen palliatif auquel on peut s'adresser. Les eaux chaudes alcalines sont celles qui me paraissent le mieux indiquées; parmi ces eaux, j'aurais une préférence pour les eaux de Schlangenbad, dans le duché de Nassau, et surtout pour les eaux de Loesche, dans le Valais, qu'on prend en bains prolongés pendant trois, quatre et même six heures : cette durée du bain, qui amène une véritable macération de l'épiderme, doit être pour beaucoup dans le succès momentané qu'on obtient dans le cas de certaines ichthyoses souvent intenses.

e. Verrues.

A côté des difformités affectant l'épiderme, je pense qu'on doit placer celles qui ont pour siége l'épiderme et le corps papillaire de la peau [*keratoses* avec lésion du corps papillaire (*Hebra*)], et qui sont désignées habituellement sous le nom de *verrues*. Ce sont de petites tumeurs cutanées, dures, cornées, hémisphériques ou irrégulières, fendillées et inégales, ou lisses à leur surface, et ordinairement indolentes; leur volume peut varier depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un gros pois ou d'une petite noisette; leur siège le plus habituel est à la partie dorsale des mains, à la face, sur le cou, au dos et aux flancs.

On a divisé les verrues en congénitales et acquises. Mais je crois qu'on a confondu les verrues congénitales avec les nævi pigmentaires et hypertrophiques dont j'ai déjà parlé, et je ne décrirai ici que les verrues acquises, celles qui se développent après la naissance et à tout âge.

Quelles que soient leur forme et leurs variétés, les verrues et les condylomes sont constitués anatomiquement par un substratum de tissu conjonctif recouvert d'une couche

épidermique ordinairement assez épaisse et au milieu duquel se trouvent des vaisseaux. On avait pensé d'abord que les productions verruqueuses avaient leur siège dans les papilles de la peau ; mais Virchow a démontré que les verrues pouvaient se développer dans des points où il n'existe pas de papilles, et que si ces dernières existent quelquefois dans la composition de certaines verrues (fibromes papillaires de Virchow), on ne découvre pas toujours leur présence, et que le tissu nécessaire et vraiment constitutif de la verrue est du tissu conjonctif recouvert d'épiderme.

On a décrit un assez grand nombre de variétés parmi les verrues ; je vais indiquer leurs noms et leurs caractères principaux :

Ce sont : 1° la verrue vulgaire, 2° la verrue filiforme, 3° la verrue plate, 4° la verrue pédiculée ou molluscoïde, 5° la verrue molle.

1° La *verrue vulgaire* est constituée par une petite tumeur dure sans pédicule, hémisphérique ou conique, tantôt lisse et uniforme (*verrue Cicéron*), tantôt inégale, rugueuse et comme composée de plusieurs parties distinctes rapprochées. Ces petites tumeurs sont indolentes; elles saignent lorsqu'on les incise, ce qui tient aux vaisseaux sanguins qu'elles contiennent. Les verrues vulgaires peuvent se développer sur toutes les parties du corps, mais elles se présentent particulièrement aux mains, à la face et aux parties génitales. Aux mains, elles sont habituellement inégales et fendillées à leur sommet; elles existent souvent en assez grand nombre. A la face, elles sont plutôt arrondies et lisses ; elles ressemblent par la forme à un pois chiche, et elles sont désignées alors vulgairement sous le nom de *verrues Cicéron*. Quelquefois elles sont uniques. Quelques personnes ont sur la figure un assez grand nombre de ces excroissances qui grossissent pendant un certain temps, puis restent stationnaires,

lorsqu'elles sont arrivées à un certain volume. Lorsque la verrue vulgaire acquiert une dimension assez considérable et lorsqu'elle a une consistance dure, on l'a désignée sous le nom de *verrue tubériforme*.

2° La *verrue filiforme*, ou *acrochordon*, est une petite excroissance molle, allongée, filiforme, beaucoup plus longue que large, et n'ayant quelquefois que la grosseur d'une soie de sanglier; de la même couleur que la peau, elle se voit peu, quoiqu'elle puisse atteindre jusqu'à 5 ou 8 millimètres de longueur. Cette verrue, qui se développe surtout aux paupières et au cou, est bien plus commune chez la femme que chez l'homme; elle est quelquefois associée à d'autres verrues également pâles et unies, mais globuleuses et présentant l'aspect de la verrue vulgaire.

3° La *verrue plate* est une production aplatie, à bords larges, faisant peu de saillie, d'une forme irrégulière et présentant une coloration tantôt grise, tantôt jaune, tantôt noire. Ces verrues, qu'on rencontre surtout au front, au cou, au dos et à la partie antérieure de la poitrine, se développent plus communément chez les gens âgés, après soixante ans. Elles sont rarement isolées, souvent même elles sont très nombreuses, et, en se rapprochant, elles peuvent se confondre et présenter ainsi une surface grise et inégale d'une assez grande dimension. Elles se développent quelquefois assez rapidement, et j'ai vu, en trois ou quatre mois, toute la région dorsale en être couverte; le plus ordinairement elles apparaissent successivement et ne deviennent nombreuses qu'au bout de plusieurs années. Les verrues plates sont indolentes; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles s'accompagnent de démangeaisons. Je dois ajouter qu'on a cité quelques cas dans lesquels ces verrues avaient été le point de départ d'une dégénérescence épithéliomateuse. J'en ai vu deux exemples.

4° La *verrue pédiculée* se présente sous la forme d'une

petite poche aplatie ou globuleuse tenant à la peau par un pédicule beaucoup plus mince que le sommet de la tumeur. Tantôt dure, tantôt molle, et ressemblant à un grain de raisin vidé de son contenu ; tantôt blanche, tantôt rouge ou violacée, cette petite tumeur n'est pas, à proprement parler, une verrue : c'est une variété du molluscum décrite sous le nom de *molluscum pendulum*, et elle est constituée anatomiquement par le développement hypertrophique d'une glande sébacée (voyez *Molluscum*). Dans quelques cas rares cependant, la verrue vulgaire, ou la verrue filiforme peuvent présenter un pédicule et constituer une véritable verrue pédiculée qui ne diffère des autres que par sa forme spéciale.

5° Sous le nom de *verrues molles* ou de *condylomes*, on a décrit des végétations analogues par leur structure aux verrues, mais se développant sur les membranes muqueuses ou sur les parties de la peau qui avoisinent les membranes muqueuses. Ces productions peuvent se rencontrer à la langue, aux lèvres, mais elles sont surtout communes à l'anus et aux parties génitales. Susceptibles de prendre un développement assez considérable chez les hommes, au prépuce et au gland, et surtout chez les femmes, sur les grandes et sur les petites lèvres, on les a désignées sous le nom de crêtes de coq, de poireaux, de choux-fleurs, suivant leur configuration. Ces végétations développées à l'anus ou aux parties génitales peuvent coïncider avec des accidents syphilitiques, avec des chancres simples ou avec des écoulements blennorrhagiques, mais elles sont toujours le résultat d'une inflammation locale, indépendante d'une infection générale. Et comme elles ne sont jamais symptomatiques d'une maladie constitutionnelle, elles ne réclament qu'un traitement local. Je dois ajouter qu'on rencontre quelquefois ces végétations condylomateuses aux parties génitales chez les femmes enceintes indemnes de toute affection syphilitique et véné-

rienne; ces productions verruqueuses, qui résistent souvent à tous les traitements employés pendant la grossesse, disparaissent le plus souvent d'une manière spontanée peu de temps après l'accouchement; elles paraissent évidemment se développer sous l'influence de la congestion sanguine qui affecte l'utérus et les parties environnantes pendant la gestation.

Quel que soit leur forme, les verrues, une fois développées, persistent le plus ordinairement d'une manière indéfinie et constituent ainsi de petites difformités quelquefois désagréables lorsqu'elles siègent aux parties découvertes, et particulièrement aux mains et à la face. Dans certains cas cependant, et surtout lorsqu'il s'agit des verrues dites poireaux, qui se montrent aux mains, la disparition spontanée peut avoir lieu, sans qu'on puisse expliquer la cause de cette guérison.

L'étiologie des verrues est très obscure; il faut admettre le plus souvent une prédisposition spéciale sous l'influence de laquelle on les voit se développer en plus ou moins grand nombre. Les enfants sont très sujets aux verrues vulgaires des mains; les verrues plates se développent presque exclusivement chez les vieillards; les verrues filiformes sont surtout communes chez les femmes blondes ou rousses, à peau blanche et fine. On peut quelquefois invoquer comme cause une irritation habituelle de la peau par le contact de substances âcres : c'est ainsi que les grosses verrues des mains se rencontrent fréquemment chez les ouvriers qui se livrent à des travaux manuels et particulièrement chez les jardiniers, qui touchent continuellement la terre avec leurs mains. Les gens du monde et même quelques médecins ont admis la contagion comme cause du développement de certaines verrues : on cite en effet quelques exemples d'enfants atteints de verrues aux mains après avoir joué avec d'autres enfants présentant la même affection, ou après avoir donné

la main pendant la promenade à des bonnes ayant également des verrues aux mains. Mais cette opinion sur la faculté contagieuse des verrues aurait besoin d'une démonstration plus rigoureuse, et le plus ordinairement on ignore la cause occasionnelle de leur développement.

Traitement. — On a vanté contre les verrues une foule de topiques irritants que je ne puis indiquer ici ; je ne mentionnerai que l'application du suc de la grande chélidoine, et surtout les lotions répétées pendant assez longtemps avec le vinaigre pur : j'ai vu réussir ce dernier moyen dans quelques cas de verrues aux mains chez les enfants, et de verrues récentes et peu volumineuses de la face chez des personnes de tout âge. Mais le plus ordinairement il faut avoir recours pour la guérison des verrues à un procédé chirurgical, soit à une ligature en cas de verrues pédiculées, soit à l'ablation par l'instrument tranchant, soit à la cautérisation. L'ablation est indiquée lorsqu'il s'agit d'une verrue filiforme ou pédiculée, et surtout en cas de condylomes volumineux ; et pour prévenir une récidive assez facile, lorsqu'on se contente de couper la verrue à sa base, sans enlever la partie contenue dans l'épaisseur de la peau, il est bon, après l'incision, d'avoir recours à une cautérisation avec le nitrate d'argent appliqué sur la surface saignante. Mais la destruction de la verrue par une application caustique est certainement préférable, soit qu'on se serve de l'acide acétique pur, de l'acide chromique, du nitrate acide de mercure liquide, de l'acide nitrique, ou mieux de la poudre caustique de Vienne délayée dans de l'alcool et appliquée sur la petite tumeur pendant quatre à cinq minutes, cette dernière opération étant peu douloureuse et ne laissant habituellement qu'une cicatrice peu apparente. Lorsqu'il s'agit de verrues plates nombreuses et occupant une large surface, la cautérisation est difficile, quelquefois même impossible, et j'ai vu alors quel-

quefois réussir les lotions journalières avec du vinaigre, avec la lotion alcoolique assez concentrée d'acide phénique ; mais le plus ordinairement cette affection résiste aux moyens employés pour la combattre, et l'on voit les verrues persister ou même récidiver après leur destruction par les caustiques.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que dans le traitement des verrues il ne doit jamais être question d'aucun moyen interne, soit hygiénique, soit médicinal.

f. Xanthelasma.

On désigne sous le nom de *xanthelasma* ou de *xanthome*, des taches plates ou saillantes de la peau, d'une couleur jaune, indiquées pour la première fois par Rayer sous le nom de *plaques jaunes des paupières*, à cause de leur coloration et de leur siège habituels.

Quoique des travaux récents d'histologie doivent faire rentrer ces taches dans l'ordre des tumeurs dues à un processus irritatif, en se plaçant au point de vue clinique, je crois qu'on peut considérer comme appartenant aux difformités de la peau, et comme se rapprochant des verrues, ces taches et ces saillies colorées, le plus habituellement persistantes et incurables, et constituant ainsi plutôt une simple altération de couleur ou de forme qu'une véritable maladie. Comme je le disais, c'est à Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, qu'on doit la première mention de ces taches jaunes, couleur chamois, qu'il dit avoir observées sur les paupières ou dans leur voisinage. Quinze ans plus tard, Addison et Gull les décrivaient de nouveau, sous le nom de *vitiligoidea*, en les rapprochant des taches du vitiligo. En 1863, Erasmus Wilson, croyant à une affection des glandes sébacées, proposa d'abord le nom de *molluscum sebaceum*, qu'il convertit plus tard dans celui de *xanthelasma*, qui est resté définitivement dans le

langage dermatologique. A partir de ce moment, de nombreux travaux, ayant surtout en vue le siège et la nature anatomiques des taches jaunes de la peau, furent successivement entrepris, en Angleterre et en Allemagne, par Hutchinson, Hebra, Kaposi, Waldeyer, Virchow, Geber et Simon, Church, etc. ; et je compléterai cet exposé historique en mentionnant surtout, comme ayant paru plus récemment, la thèse de Larraydy sur le xanthelasma (Paris, 1877), une communication faite à l'Académie de médecine avec la présentation d'un malade, par Hillairet en 1878, un mémoire important d'histologie du docteur Chambard (*Archives de physiologie*, 1879), et une note des traducteurs français du traité de Kaposi, déterminant très nettement l'état de la science sur ce point (1881).

Anatomiquement, les plaques et les tubérosités de xanthelasma sont constituées par la néoformation du tissu conjonctif, avec dépôt de graisse et dégénérescence graisseuse. C'est au-dessous de l'épiderme aminci, dans le derme, qu'on trouve ces altérations qu'Hebra, Erasmus Wilson, Geber et Simon avaient placées à tort dans les glandes sébacées, en les rapprochant de l'acné miliaire ou milium. Dans son mémoire, Chambard a décrit également des altérations particulières dans les vaisseaux, dans les glandes sébacées et dans les nerfs contenus dans les plaques ou dans leur voisinage, altérations qui se résument dans une production scléreuse des parois des artérioles, des conduits des glandes et même des filets nerveux. Les plaques et les tubercules du xanthelasma se développent principalement à la face, mais on peut en trouver dans diverses régions; dans quelques autopsies, on a constaté leur présence sur différents points de la muqueuse digestive et même à la surface des membranes séreuses, et particulièrement du péritoine.

Description. — Sous le rapport clinique, le xanthelasma se présente sous trois formes ou variétés qu'on a

désignées sous les noms de *xanthelasma plan*, de *xanthelasma tuberculeux* et de *xanthelasma tubéreux*.

Dans la forme plane, la plus commune, l'affection, ainsi que l'a indiqué Rayer, est constituée par des taches peu ou point saillantes, ovales ou arrondies, d'une petite dimension (de 1 à 2 centimètres au plus), et de couleur jaune chamois. Ces taches se développent ordinairement sur les paupières supérieures ou inférieures, plus souvent à gauche, assez fréquemment des deux côtés et avec une apparence symétrique. Elles sont molles au toucher, tantôt tout à fait lisses, d'autres fois un peu granuleuses ; elles ne sont le siège d'aucune sensation douloureuse. On les observe presque exclusivement sur les paupières ou en dedans du grand angle de l'œil, mais on en a rencontré aussi sur les joues, aux lèvres, au prépuce et même à la face interne de la bouche.

La variété tuberculeuse se présente sous la forme de saillies arrondies, du volume d'un grain de millet ou d'un d'un pois, jaunâtres, dures, adhérentes à la peau et douloureuses à la pression. Tantôt elles sont isolées ; tantôt elles sont agminées les unes à côté des autres, de manière à former des sortes de lignes ponctuées et inégales. Ces tubercules ont été rencontrés dans diverses régions, au visage, aux membres, aux pieds, aux mains, aux parties génitales. Dans un cas très intéressant, publié dans le mémoire de Chambard, les petites tumeurs existaient principalement au menton, aux commissures des lèvres, à la racine de la verge et à la paume des mains.

Sous le nom de xanthelasma tubéreux, Chambard et Besnier décrivent des tumeurs sessiles ou pédiculées, du volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule, jaunâtres, quelquefois douloureuses, développées principalement aux coudes, aux genoux, aux endroits soumis à des pressions habituelles. C'est à cause de l'identité de constitution histologique qu'on a rattaché ces tumeurs

au xanthelasma; mais leur volume, leur siège souvent sous-cutané, semblent devoir les faire considérer comme ne rentrant pas véritablement dans les maladies de la peau; elles appartiennent d'ailleurs plutôt à la chirurgie qu'à la médecine, et je ne fais que les citer ici pour compléter l'histoire du xanthelasma.

Le plus ordinairement, la santé générale persiste avec les plaques de xanthelasma plan ou avec les tubercules du xanthelasma tuberculeux; cependant je dois signaler comme une coïncidence possible l'existence de l'ictère, signalée surtout par Fagge, Murchison et Hillairet. On a attaché à cet ictère une grande importance, et certains auteurs ont voulu y voir l'explication de la couleur jaune des plaques et des tubercules du xanthelasma. Cette opinion ne peut pas se soutenir, puisque les plaques jaunes existent souvent sans ictère; d'ailleurs je crois qu'on a exagéré la fréquence de ce symptôme. J'ajouterai que dans ces derniers temps on a décrit comme associée au xanthelasma une coloration jaunâtre de la peau, non ictérique, sans présence de matière colorante de la bile dans les urines, qu'on a considérée comme un *pseudo-ictère* et auquel on a donné le nom de *xanthechromie*.

Une fois développées les plaques et les tubercules du xanthelasma persistent indéfiniment, et constituent une difformité dont le désagrément est en rapport avec leur étendue et leur nombre. Je dois ajouter que, chez quelques personnes, après dix ou quinze ans, j'ai vu certaines plaques s'affaisser, pâlir et devenir peu apparentes; mais c'est là une exception sur laquelle il ne faut pas compter. J'ai déjà dit que les plaques jaunes sont indolentes, cependant quelques-unes sont le siège de légères démangeaisons. Les tumeurs tuberculeuses sont plus souvent douloureuses, surtout lorsqu'elles sont soumises à des pressions ou à des frottements. Chez le malade de Chambard, les tubercules saillants à la face palmaire des doigts

et de la main étaient, après le contact avec un corps solide et dur, le siège de douleurs vives assez semblables à celles qu'on observe dans les névromes.

D'après l'observation de Quinquaud, la tache xanthélasmique commencerait par un point rouge congestif dont la couleur disparaîtrait sous la pression pour faire place à une teinte jaunâtre due déjà à un dépôt de graisse. Peu à peu ces taches s'étendent, prennent une couleur jaune, et, arrivées à un certain degré de développement, s'arrêtent et persistent indéfiniment, sans s'accroître et sans jamais présenter d'ulcérations. Quelques auteurs ont vu des plaques se transformer en tubercules ; ordinairement il existe, dans la même région, plusieurs plaques ou tubercules développés soit simultanément, soit successivement, et d'une manière symétrique.

Relativement à l'*étiologie* du xanthelasma, je dirai que cette difformité paraît plus commune chez les femmes que chez les hommes : sur cinquante-huit personnes atteintes, dont il a compulsé les observations, Chambard a trouvé vingt-quatre hommes et trente femmes. Très rares avant vingt ans, les plaques jaunes et les tubercules se développent principalement pendant la période moyenne de la vie, de trente à cinquante ans. Church a entrepris de prouver la transmission héréditaire du xanthelasma par l'exemple d'une famille dans laquelle plusieurs membres en étaient atteints ; des observations semblables sont rares. Cette petite difformité paraît plus commune chez les personnes brunes que chez les blondes.

On a cherché à rattacher le xanthelasma à certains états pathologiques. Hutchinson a noté la coïncidence de migraines et de certaines douleurs névralgiques et rhumatismales Chambard insiste également sur l'existence de certains phénomènes qu'il rattache à l'arthritis. Mais il n'y a certainement qu'un seul état pathologique qu'on puisse rattacher au xanthelasma, c'est l'ictère, quelle

qu'en soit la cause organique ; et encore, comme je l'ai déjà dit, on a exagéré la fréquence de cette coïncidence.

Je n'ai rien à dire du *diagnostic* ni du *pronostic* du xanthelasma. Cette affection est tellement caractérisée par sa coloration jaune, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre production cutanée ; tout au plus pourrait-on quelquefois hésiter entre les tubercules xanthélasmatiques et quelques verrues d'une coloration un peu jaunâtre ; mais la forme des verrues, leur aspect ordinairement pédiculé, leur surface inégale et rugueuse, devront les caractériser suffisamment pour éviter la confusion. Le xanthelasma plan et tuberculeux ne s'ulcère pas et ne s'accroît pas indéfiniment : c'est une petite tumeur évidemment très bénigne ; mais comme elle persiste et qu'elle se développe particulièrement au visage, c'est une difformité désagréable, surtout pour les femmes. Les tumeurs du xanthelasma tuberculeux, lorsqu'elles sont nombreuses, constituent une plus grande difformité et peuvent gêner certains mouvements.

Quant au *traitement*, il n'y a rien d'utile à faire. On a proposé d'enlever ces plaques jaunes au moyen de l'excision et du raclage ; mais comme elles siègent dans l'épaisseur du derme, cette opération laisse après elle une cicatrice plus fâcheuse que la tache, et, si elle a lieu sur les paupières, elle peut avoir pour résultat de déterminer un ectropion. Contre les tubercules peu nombreux, l'opération serait au contraire très indiquée. Les médicaments internes sont tout à fait impuissants. Pour ne rien laisser en oubli, j'ajouterai seulement que, dans une note insérée dans la traduction française des *Leçons sur les maladies de la peau* de Kaposi, le docteur Besnier dit avoir obtenu une diminution notable de plaques jaunes par l'usage interne du phosphore et de la térébenthine ; mais il faut attendre pour se prononcer sur

ce procédé thérapeutique dont la valeur est encore incomplètement démontrée.

§ 3. — Difformités des poils et des ongles.

A côté des difformités de l'épiderme, je crois pouvoir placer quelques altérations du système pileux et des ongles, qui ne sont qu'une dépendance de l'épiderme. Par leur permanence et par leur défaut d'influence sur la santé générale, ces altérations sont de véritables difformités.

1° Difformités des cheveux et des poils.

a. Hypertrophie des poils, hypertrichosis, polytrichie, trichosis, hirsutie.

On désigne sous ces noms le développement exagéré des cheveux et des poils, tantôt congénital, plus souvent acquis. C'est surtout au cuir chevelu et à la barbe qu'on a observé des cheveux ou des poils d'une longueur et d'une épaisseur extraordinaires. Dans les auteurs, dans les recueils périodiques, on trouve des exemples d'hommes et plus souvent de femmes ayant des chevelures pouvant tomber jusqu'à terre; on peut voir de temps en temps, montrés comme objets de curiosité, des hommes ayant des barbes d'une grande longueur. On a cité encore des exemples de poils ayant acquis un développement excessif aux sourcils, aux aisselles, à la région pubienne. On a vu plus rarement des poils recouvrir toute la surface du corps; quelques hommes cependant sont très velus, et leur surface cutanée ressemble à celle d'un animal. Il y a quelques années, on a pu voir à Paris un homme qui se montrait pour de l'argent sous le nom d'*homme chien*, et dont le corps était couvert, dans presque toute son étendue, de poils

longs de plusieurs centimètres. Wilson a donné l'observation d'une femme, âgée de trente-trois ans, dont toute la peau, à l'exception du sommet de la tête devenu chauve, était cachée par des poils durs, noirs et longs de 2 à 5 centimètres. (*Lectures on Dermatology*, London, 1878.)

Au lieu d'être générale, la polytrichie peut être partielle et se présenter sous la forme d'un bouquet de poils sans autre altération de la peau (*nævus spilus, pilosus*), ou émerger d'une surface dure, saillante et colorée (*nævus verrucosus*). Dans quelques cas plus rares, ainsi qu'on en a cité quelques exemples, une région entière, ordinairement glabre, soit aux membres, soit au tronc, peut être couverte de poils longs et colorés. Telle était une jeune fille née au Mexique et amenée en Angleterre, qui semblait porter un caleçon de bain fait de peau de bête : la surface velue, couverte de poils courts, noirs et légèrement frisés, commençait en avant au niveau de l'ombilic, en arrière au niveau de la sixième vertèbre dorsale, et descendait en bas jusqu'à la moitié des cuisses; au-dessous des poils, la peau était noire, rugueuse et couverte de squames, comme dans l'ichthyose. Le 8 août 1882, j'ai présenté à l'Académie de médecine une jeune fille de dix-sept ans, qu'on montrait dans les fêtes publiques sous le nom de *femme panthère*, et chez laquelle existaient sur la plupart des régions du corps, de larges taches noires recouvertes de poils également noirs, touffus et longs d'un centimètre environ. Ces cas de polytrichies partielles me paraissent appartenir aux *nævi* pigmentaires pileux.

Sur les régions qui sont ordinairement le siège de poils follets, fins et à peine perceptibles, il peut se développer des poils longs, durs et colorés : c'est ainsi qu'on peut voir le visage de certaines femmes se couvrir d'une véritable barbe. C'est principalement après la

ménopause qu'on observe ce développement du système pileux; quelquefois cependant il a lieu au moment de la puberté. Chez ces femmes à barbe, la menstruation est ordinairement irrégulière, quelquefois même elle fait complètement défaut; de plus, ces femmes ont quelque chose de masculin dans la tournure et même dans la voix, et chez quelques-unes on a rencontré quelque anomalie dans les organes génitaux, particulièrement un développement exagéré du clitoris.

Le développement exagéré des cheveux ou des poils peut être congénital, ou du moins se manifester peu de temps après la naissance; quelquefois il a lieu au moment de la puberté, et chez certaines femmes, comme je l'ai déjà dit, on voit apparaître la barbe lors de la cessation naturelle des règles. La difformité pileuse peut être héréditaire. On a rapporté que certaines peuplades de l'Asie, particulièrement au Japon (chez les Aïnos, tribu de pêcheurs, vivant à Yeso, au nord du Japon), ont la chevelure très touffue, la barbe très épaisse et très longue, et le reste du corps couvert de poils. Dans quelques cas de polytrichies partielles et acquises, on a pu invoquer comme cause l'influence de quelques topiques irritants, tels que vésicatoires, liniments alcooliques, pommades iodurées ou mercurielles.

Chez les enfants nouveau-nés qui naissent avec un développement exagéré des poils couvrant non seulement le cuir chevelu, mais la face, on voit, le plus ordinairement, ces poils tomber spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Mais, que la polytrichie soit congénitale ou qu'elle soit acquise plus tard, quand elle a duré un certain temps, elle persiste indéfiniment, et elle constitue une difformité permanente contre laquelle on ne peut employer aucun traitement curatif, si ce n'est la destruction des follicules pileux par des caustiques, et particulièrement par le galvano-cautère. C'est

surtout lorsqu'il s'agit de poils développés sur le visage des femmes que le médecin est consulté sur les moyens à employer pour les faire disparaître ; malheureusement, sauf la cautérisation, qui est minutieuse et douloureuse dans son application, et qui laisse des cicatrices saillantes, on n'a à sa disposition que des moyens palliatifs, qui consistent dans l'épilation, dans l'emploi de topiques épilatoires ou dans l'abrasion. Je ne conseille pas l'épilation qui n'a qu'un effet momentané et qui laisse repousser les poils souvent plus gros et plus foncés qu'avant leur avulsion. Je ne suis pas d'avis non plus d'employer les préparations épilatoires composées d'orpiment et de chaux éteinte, à parties égales, qu'on délaye dans de l'eau, ou bien de sulfure de calcium mélangé à de l'amidon et également délayé dans de l'eau. Ces poudres et ces pâtes doivent être appliquées pendant quatre à cinq minutes pour attaquer le poil et pour le faire tomber ; leur contact détermine sur la peau une irritation qui se traduit par de la rougeur et qui peut amener des éruptions eczémateuses chez les personnes herpétiques ; de plus le poil n'est atteint que dans sa partie extérieure et ne tarde pas à repousser. Suivant moi, il est préférable de raser de temps en temps les poils importuns, ou mieux de les couper avec des ciseaux lorsqu'ils ont acquis une certaine longueur et lorsqu'ils sont trop apparents. Il est évident que ce traitement palliatif n'est même pas applicable pour les poils qui recouvrent les *nævi* saillants et colorés, qui seraient encore plus laids s'ils étaient débarrassés de la fourrure qui les cache.

b. Trichiasis.

A côté de la polytrichie, je mentionnerai le *trichiasis*, constitué par le défaut de direction des poils, qui croissent de travers et qui vont irriter la peau ou les mem-

branes muqueuses environnantes. Cette anomalie se voit pour les sourcils et surtout pour les cils, lesquels poussant en dedans, irritent la conjonctive palpébrale et oculaire, et déterminent des ophthalmies de cause spéciale qu'on guérit par l'avulsion des poils déviés.

c. Trichoma.

Mais je signalerai surtout le *trichoma* ou *plique*, mots qui s'appliquent à un état morbide particulier, caractérisé par l'enchevêtrement et le feutrage des cheveux ou des poils; et comme cette affection a été observée principalement en Pologne, elle est désignée vulgairement sous le nom de *plique polonaise*.

La plique a été décrite avec de grands détails par des médecins polonais, russes et allemands, et l'on peut avoir une idée assez exacte de ce que l'on comprenait sous ce nom, en lisant, dans le *Traité des dermatoses* d'Alibert, l'article consacré à l'histoire du trichoma, lequel constituait pour cet auteur un genre particulier dans son groupe des dermatoses teigneuses. Dans toutes ces descriptions, on voit que la plique était caractérisée principalement par l'abondance, la longueur et l'enchevêtrement des cheveux, devenus gras, inextricables, rassemblés en nattes, en touffes, en chignons, peuplés de poux et de lentes, et exhalant une odeur infecte; quelquefois même on a noté la même altération des poils des aisselles et du pubis. On a décrit également chez les malades atteints de ces lésions pileuses un malaise général, des douleurs et de l'engourdissement dans les membres, un sentiment d'abattement et même quelquefois du délire et de la fièvre, phénomènes qui semblaient accuser l'influence de la maladie capillaire sur la santé générale. Plus récemment, en 1845, un auteur allemand, Gunsburg, a décrit un parasite végétal, analogue au trichophyton,

qu'il dit avoir trouvé sur les poils atteints de trichoma e qu'il a considéré comme la cause de cette maladie.

Mais des observations plus attentives, dues à plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai principalement Beschorner (1843), Hamburger (1861), Dietl (1863), Hebra et Kaposi, ont démontré d'une manière irrécusable que le trichoma ne constituait pas un genre nosologique légitime, et que cet état du système pileux, décrit avec tant de soin par les historiens et par certains médecins, était dû à la malpropreté qu'engendre souvent la misère ou la malpropreté, et à l'existence de quelques affections du cuir chevelu mal soignées, telles que l'impetigo, l'acné sébacée, la trichophytie et surtout la phthiriase. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de voir plusieurs fois, à Paris des femmes présentant une chevelure mêlée, feutrée, exhalant une odeur fétide, et offrant tous les caractères de la maladie connue sous le nom de plique, mais dont l'origine devait être attribuée à la présence de nombreux poux qui avaient déterminé au cuir chevelu l'affection décrite par Willan et Bateman sous le nom d'*impetigo granulata*. Quant aux phénomènes généraux qu'on a rattachés à la plique, il faut y voir de simples coïncidences, et les rapporter à d'autres maladies qui ont souvent précédé l'altération du système pileux, et qui, constituant pour ceux qui en étaient atteints, une cause de misère et d'incurie, ont dû être pour beaucoup dans la négligence des soins indispensables de propreté.

On ne doit donc pas admettre aujourd'hui la plique comme une maladie distincte ; et ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est que, dans les parties de la Pologne où le bien-être et l'habitude des soins de propreté ont pénétré, la plique a disparu ou qu'on n'en retrouve plus que de rares exemples.

Traitement. — Antérieurement à l'époque actuelle, non seulement on croyait à l'existence de la plique,

mais on avait établi en principe qu'il était dangereux de la guérir, et les malheureux atteints de cette dégoûtante affection, restaient souvent toute leur vie condamnés aux souffrances qu'elle engendrait pour les malades et à la répugnance qu'elle inspirait aux autres. De la connaissance de la cause, résulte la base du traitement, qui consiste uniquement dans l'ablation des cheveux avec des ciseaux, dans le lavage des parties pileuses avec de l'eau de savon, et dans l'emploi des poudres ou des pommades parasiticides en cas de phthiriase, ou dans l'emploi des moyens dirigés contre l'eczéma et les autres affections du cuir chevelu qui sont le point de départ de l'altération de la chevelure. Avec l'aide de ces moyens bien simples, la guérison est facile et certaine; et, en conseillant les soins de propreté les plus vulgaires, les médecins polonais ont réussi à faire disparaître presque complètement la plique des pays où elle régnait d'une manière qui paraissait endémique.

d. Alopécie.

Au lieu de croître outre mesure, le système pileux peut présenter des altérations caractérisées par un défaut de développement, et l'on a donné à cet état anormal le nom d'*alopécie* (du mot grec ἀλώπηξ, renard) parce que, dit-on, le renard serait sujet à une affection cutanée, entraînant la chute des poils. L'*alopécie* est donc, à proprement parler, l'absence ou la chute des poils; mais, dans le langage ordinaire, cette expression s'applique surtout à la chute ou à l'absence des cheveux, et devient ainsi à peu près synonyme de calvitie, ce dernier mot s'appliquant d'ailleurs plus spécialement à l'absence presque complète et irrémédiable des cheveux. Aussi, sans restreindre complètement le sens du mot, je m'occuperai principalement

de l'alopécie céphalique, comme étant la plus commune, la plus apparente et la plus importante.

L'alopécie est loin d'être toujours la même, et de se présenter dans les mêmes conditions : elle peut être congénitale ou acquise, et, dans ce dernier cas, elle est idiopathique ou symptomatique. Au point de vue pratique, ces divisions sont capitales. Je devrais ici ne parler que de la calvitie idiopathique et définitive, véritable difformité ; mais, pour ne pas scinder l'histoire de l'alopécie, je dirai quelques mots de celle qui est symptomatique et et transitoire.

Alopécie congénitale. — L'absence congénitale des cheveux, des sourcils, des cils, et le défaut du développement des poils sur les régions qui en sont ordinairement recouvertes, est un fait rare, mais qui a été observé. Tantôt cette difformité est complète, le plus souvent il existe quelques poils follets sur le cuir chevelu et sur les parties qui devraient être recouvertes de poils. Les enfants ou les adultes qui présentent cette anomalie du système pileux sont, en général, faibles et délicats ; par suite de l'absence de cils, leurs paupières sont rouges et la vision est faible ; leur caractère est habituellement en rapport avec leur faiblesse physique : ils sont timides et craintifs. Ordinairement l'alopécie est permanente ; quelquefois cependant on voit quelques poils se développer à l'âge de la puberté.

Alopécie acquise. — Dans la presque unanimité des cas, les cheveux ont existé, mais ils tombent, et l'alopécie est acquise. Alors, ou elle survient par l'effet de l'âge ou d'une disposition spéciale, elle est idiopathique ; ou bien elle est symptomatique d'une maladie dont elle n'est qu'un effet. Il nous faut encore ici nous arrêter à ces divisions.

Alopécie idiopathique.— Chez la plupart des hommes et des femmes, le système pileux est atteint dans son acti-

vité par l'effet de l'âge ; non seulement les poils blanchissent, mais ils tombent et ils deviennent bien moins nombreux : c'est surtout à la tête et au pubis que cette alopécie sénile est plus prononcée. Les cheveux sont atteints par cette chute plus tôt et d'une manière bien plus marqué chez les hommes que chez les femmes, sans qu'on puisse en savoir la cause. Cette calvitie, survenant avec les années, est pour ainsi dire physiologique ; mais certaines personnes, bien portantes d'ailleurs, perdent leurs cheveux et leurs poils de bonne heure, et sans qu'on puisse invoquer comme explication le nombre des années. Ce défaut d'activité du système pileux constitue la véritable alopécie idiopathique, qu'on observe souvent chez tous les membres d'une même famille, et qui survient alors par le fait d'une disposition héréditaire. On a remarqué en général que cette chute prématurée des cheveux était complètement indépendante de la santé générale, de la nature du tempérament et de la force de la constitution. La seule chose à noter chez les personnes qui perdent leurs cheveux prématurément, c'est qu'elles ont presque toutes un sentiment habituel de chaleur à la tête, et que leur cuir chevelu est souvent couvert de sueur. Cette sensation persiste même quelquefois après la chute des cheveux ; et il n'est pas rare de rencontrer dans la rue des gens chauves tenant leur chapeau à la main, pour ne pas augmenter la chaleur qu'ils éprouvent continuellement à la tête. J'ajouterai néanmoins que cette calvitie prématurée est observée fréquemment chez les goutteux, et qu'elle peut être considérée, ainsi que la canitie précoce, comme un des caractères habituels de la goutte.

Qu'elle survienne par le progrès de l'âge ou d'une manière prématurée, la calvitie idiopathique se présente avec des caractères particuliers. Bien rarement complète, chez l'homme elle est surtout marquée en avant et

en haut de la tête : le front et les tempes sont dégarnis; il s'établit au sommet de la tête une tonsure qui va en s'élargissant; mais il reste ordinairement en arrière et sur les côtés une couronne de cheveux plus ou moins étendue, plus ou moins épaisse, qui encadre le milieu du cuir chevelu, devenu lisse et luisant. Chez les femmes, les régions pariétales sont les premières dégarnies, et il est bien rare que la calvitie parvienne au même degré que chez les hommes. Très souvent l'alopécie est une simple déformation de la beauté de la tête, et elle n'entraîne aucun inconvénient; chez quelques personnes, cependant, la perte des cheveux, en dégarnissant la tête, expose à quelques accidents consécutifs au refroidissement, c'est ainsi qu'on voit les coryzas, les douleurs rhumatismales et névralgiques de la tête se développer fréquemment et avec une grande facilité chez certaines personnes chauves.

Alopécie symptomatique. — L'alopécie n'est pas toujours l'effet de l'âge ou d'une disposition spéciale; souvent elle est consécutive à une maladie dont elle n'est qu'un des effets, et alors, ou cette maladie siège dans une tout autre région que la tête, ou c'est une affection du cuir chevelu. Cette distinction dominant toute la thérapeutique de l'alopécie, nous devons encore l'établir.

Toutes les maladies graves sont susceptibles de produire la chute des cheveux; ce phénomène survient comme un des symptômes de l'anémie et de l'affaiblissement de la vitalité, qui sont observés soit pendant le cours des maladies chroniques, à forme cachectique, soit à la suite des maladies aiguës. Dans ces différentes circonstances, outre la faiblesse de l'économie, on peut encore, pour expliquer la chute des cheveux, invoquer les défauts de soins et de propreté, ainsi que les sécrétions exagérées de sueur et d'humeur sébacée qui ont lieu sur le cuir chevelu. Parmi les maladies chroniques

qui amènent l'alopécie, nous citerons d'abord la phthisie pulmonaire : les sueurs abondantes qui recouvrent le tronc et la tête, dans la troisième période de cette affection, sont peut-être pour beaucoup dans la chute des cheveux; nous mentionnerons ensuite la chlorose, dans laquelle on voit les cheveux se décolorer, devenir secs, ternes, et tomber dans une proportion plus ou moins grande.

L'alopécie est encore un des symptômes assez fréquents de la syphilis à la seconde période; elle survient habituellement de deux à huit mois après le phénomène primitif; quelquefois elle coïncide avec des éruptions spécifiques du cuir chevelu. Mais comme elle survient aussi en l'absence de toute affection locale de cette région, on doit la rattacher plus souvent à l'influence exercée par la maladie sur la santé générale. Dans une autre affection, également constitutionnelle, dans la lèpre, on voit l'alopécie apparaître comme un symptôme habituel de la seconde ou de la troisième période, lorsque se montrent les tubercules, et surtout au moment où leur ulcération coïncide avec un affaiblissement général. La chute des cheveux s'accompagne ordinairement alors de la chute des sourcils, des cils, de la barbe et des poils de quelques autres régions. Dans ces diverses circonstances, il est rare d'ailleurs que l'alopécie soit complète.

Chez des personnes qui présentent les symptômes non équivoques de goutte, on rencontre assez souvent l'alopécie, pour que je me croie en droit de rattacher à cette maladie certaines alopécies survenant chez des gens encore jeunes, et chez lesquels on pourrait croire, au premier abord, à une alopécie idiopathique. Je pense même qu'on peut expliquer par le fait de la diathèse goutteuse beaucoup d'alopécies héréditaires, et alors, comme je l'ai déjà dit, la transpiration habituelle et abondante à la tête doit jouer un rôle important.

La chute des cheveux, comme je l'ai dit, survient souvent à la suite des maladies aiguës graves ; c'est au moment de la convalescence qu'elle se manifeste. Les affections après lesquelles on observe les alopécies les plus considérables sont la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, et peut-être plus particulièrement la scarlatine. A la suite des couches, on voit habituellement les cheveux tomber dans une proportion quelquefois très considérable. Dans ces différents cas, comme dans les maladies chroniques, l'alopécie qui survient est un des symptômes de l'anémie qui accompagne la convalescence, et qui se traduit par la pâleur du visage, par l'amaigrissement et par la perte des forces. Elle est d'ailleurs susceptible de disparaître avec les autres symptômes d'affaiblissement général ; chez quelques personnes cependant, les cheveux qui repoussent ne sont pas en aussi grand nombre que ceux qui sont tombés.

L'alopécie symptomatique d'une maladie qui ne siège pas au cuir chevelu ne se présente pas avec les caractères de l'alopécie idiopathique. Au lieu d'affecter, comme cette dernière, certaines régions de la tête, elle est disséminée, et elle atteint la totalité du cuir chevelu ; tous les cheveux ne tombent pas, mais tous sont altérés ; ils deviennent secs, grêles ; la moindre traction les arrache, le peigne en enlève un grand nombre, et ils tombent spontanément de tous côtés, de manière qu'au bout d'un certain temps ils sont clairsemés, et la chevelure se trouve réduite dans une proportion plus ou moins considérable.

Je citerai encore comme des cas d'alopécie symptomatique toute spéciale l'absence de la barbe chez les eunuques et la chute des poils de la même région chez les hommes qui subissent l'opération de la castration.

Après avoir parlé de la chute des cheveux qui est le résultat d'une altération de la santé générale, je dois

passer aux faits d'alopécie consécutive à une maladie locale du cuir chevelu. Dans cette catégorie, nous rencontrerons toutes les maladies de la peau affectant la tête, et particulièrement l'érysipèle : à la suite de cette dernière affection, il n'est pas rare de voir les cheveux tomber presque complètement. Nous trouvons également l'alopécie dans le psoriasis, dans le pityriasis, dans l'eczéma, dans l'impétigo du cuir chevelu. L'acné sébacée concrète, qui se manifeste sous la forme d'une crasse molle, jaune ou grisâtre, recouvrant le cuir chevelu, s'accompagne de même d'une chute très notable des cheveux, laquelle persiste souvent après la guérison de la sécrétion morbide.

Mais on doit surtout signaler l'alopécie qui résulte des maladies parasitaires végétales, et qui survient dans les parties où siège le champignon. Contrairement à ce qui s'observe dans les maladies dont nous avons parlé antérieurement, au lieu d'être disséminée sur tout le cuir chevelu, l'alopécie est alors, ordinairement, circonscrite et bornée à l'endroit occupé par les parasites ; elle devient cependant générale lorsque la couche parasitaire s'étend à tout le cuir chevelu. L'aspect des parties frappées d'alopécie varie d'ailleurs beaucoup suivant l'espèce du parasite. C'est ainsi que dans le favus, au moment où la tête est encore recouverte des croûtes jaunes, à godets, si caractéristiques, une partie des cheveux tombe ; les autres sont secs, lanugineux et peu épais. Si la guérison est obtenue avant leur chute complète, quelques cheveux repoussent et s'ajoutent à ceux qui n'étaient pas tombés, mais généralement ils restent toujours clairsemés ; ils ont d'ailleurs une sécheresse particulière, qui tient à la destruction des follicules sébacés annexés au conduit du follicule pileux. Pour un œil exercé, cet aspect sec et clairsemé de la chevelure suffit pour faire reconnaître l'existence antérieure de la teigne faveuse. Mais si la

maladie a duré longtemps, si les croûtes faviques ont recouvert et comprimé le cuir chevelu pendant plusieurs années, les follicules pileux finissent par s'atrophier complètement et par disparaître, et il en résulte une alopécie complète sur les points affectés. Dans les endroits qui ont été atteints, le cuir chevelu est sec, luisant, aminci, et ressemble à un morceau de parchemin ou de toile cirée. Dans l'herpès tonsurant, causé par la présence du trichophyton, la maladie se présente sous la forme de plaques arrondies sur lesquelles les cheveux sont cassés, tortillés et recouverts d'une poussière blanche. Si cette maladie n'est pas arrêtée par des moyens appropriés, elle peut également amener la destruction des follicules pileux et une alopécie persistante. Mais l'alopécie la plus remarquable est celle qui résulte de la pelade. Elle se manifeste au cuir chevelu, dans la barbe ou dans toute autre partie pileuse, d'abord par des plaques plus ou moins larges, ordinairement arrondies, complètement privées de cheveux, et sur lesquelles la peau, légèrement tuméfiée, est lisse et décolorée. Plus tard ces plaques s'élargissent, se réunissent, et l'alopécie peut devenir générale. Il n'est pas très rare de voir ainsi des malades atteints de cette affection singulière, chez lesquels il n'existe plus aucun poil sur la tête, sur la face et même parfois sur toute la surface du corps, si ce n'est quelques rares et légers poils follets.

Pronostic. — Le pronostic de l'alopécie varie suivant les causes qui la produisent. On doit considérer comme irrémédiables l'alopécie congénitale et celle qui survient par l'effet de l'âge, ainsi que la chute de la barbe chez les hommes privés de testicules. La calvitie idiopathique, dépendant d'une disposition spéciale inconnue, celle qui se manifeste chez les goutteux, est également incurable. Nous en dirons à peu près autant de l'alopécie qui survient dans les maladies chroniques, et en particulier

de celle qui accompagne la lèpre tuberculeuse. Heureusement il n'en est pas de même de l'alopécie qui accompagne la chlorose et la syphilis, ni de celle qui suit l'accouchement et les maladies aiguës. Après être tombés pendant un temps plus ou moins long, les cheveux repoussent, sinon d'une manière complète, au moins de manière à combler les plus grands vides. Dans la jeunesse, cette renaissance des cheveux est habituelle et souvent complète ; mais à un âge plus avancé, lorsque les cheveux tombent à la suite d'une maladie accidentelle, l'alopécie peut être permanente.

Dans les maladies non parasitaires du cuir chevelu, l'alopécie n'est ordinairement que momentanée; on voit les cheveux repousser après la disparition de l'eczéma, de l'impétigo, du psoriasis et du pityriasis; si cependant la maladie a duré longtemps, si elle s'est développée chez une personne déjà âgée, les cheveux peuvent rester, pour toujours, grêles et clairsemés. Dans les maladies parasitaires affectant les régions pileuses, si le parasite n'est pas détruit promptement, et si la maladie se prolonge pendant plusieurs années, les follicules pileux peuvent être atrophiés, et il en résulte une alopécie incurable : cela se voit surtout pour le favus et pour la pelade.

Traitement. — Aucune affection n'a peut-être plus excité l'imagination des charlatans que l'alopécie : combien de cosmétiques, de lotions, de pommades, sont annoncés et vendus tous les jours, avec la prétention, habituellement chimérique, de faire repousser les cheveux tombés.

Lorsqu'on veut s'occuper sérieusement du traitement de l'alopécie, il est essentiel de se rappeler les distinctions que nous avons admises, et surtout d'avoir présentes à l'esprit les causes sous l'influence desquelles elle se produit; c'est le seul moyen d'établir un traitement rationnel de l'alopécie et de réussir quelquefois

à arrêter la chute des cheveux aussi bien qu'à en favoriser la reproduction.

En effet, il est inutile de rien entreprendre contre l'absence congénitale des poils, contre l'alopécie sénile, ni contre celle qui survient à la suite de la castration. Quant à l'alopécie idiopathique, on pourra tenter de s'opposer à ses progrès, en cherchant à ranimer la vitalité des follicules pileux à l'aide de lotions ou de pommades excitantes. Les frictions avec des liqueurs aromatiques, pures ou coupées avec de l'eau, telles que l'alcoolat de mélisse, d'arnica, de romarin, ou simplement avec du rhum ou de l'eau-de-vie; les onctions avec des pommades astringentes et excitantes, ont été quelquefois suivies d'un succès plus ou moins complet. Parmi ces pommades, nous signalerons surtout la pommade dite de Dupuytren, dans laquelle entre une certaine dose de teinture de cantharides. On peut encore employer avec avantage le tannin, l'acide gallique, l'huile de ricin, une petite dose d'huile de croton, toutes substances qu'on emploie mélangées à de l'huile d'amandes douces ou à de la moelle de bœuf. Malheureusement, le plus ordinairement, ces moyens thérapeutiques rationnels ne réussissent pas mieux que toutes les liqueurs et toutes les pommades secrètes des coiffeurs et des parfumeurs.

La thérapeutique est plus heureuse lorsqu'il s'agit de l'alopécie consécutive à la chlorose, et à l'anémie qui suit les couches et les maladies aiguës graves. La chute des cheveux étant alors un des symptômes de la débilité générale, c'est elle qu'il faut d'abord combattre par une médication reconstituante, dont les préparations de fer et de quinquina, aidées d'un régime analeptique, feront la base principale. Chez les chlorotiques, chez les individus profondément débilités, les lotions et les douches d'eau froide, le séjour à la campagne, une cure d'eau minérale, sulfureuse ou ferrugineuse, seront souvent utiles.

Mais en même temps qu'on prescrira cette médication générale, on doit employer également quelques moyens locaux : la première précaution à prendre pour arrêter l'alopécie, c'est de couper les cheveux à un centimètre de longueur, et de revenir à cette opération deux ou trois fois, à quinze ou vingt jours de distance; puis on emploiera en onctions ou en frictions les liqueurs toniques ou les pommades excitantes dont nous venons de parler. Dans ces cas spéciaux, nous recommanderons surtout les lotions avec l'alcoolat de romarin ou avec l'huile de ricin ; puis la pommade au tannin ou à l'acide gallique, comprenant environ un vingtième de tannin et un trentième d'acide gallique. Je me suis souvent très bien trouvé, dans ces circonstances, d'une pommade comprenant 60 grammes de moelle de bœuf, 30 grammes d'huile de ricin et 3 grammes d'acide gallique.

Les mêmes principes que nous venons d'exposer sont applicables à l'alopécie syphilitique : outre le traitement spécial de la maladie principale, on doit combattre la chute des cheveux par la médication reconstituante et par les moyens locaux dont nous venons de parler. Lorsqu'il s'agit d'individus jeunes, on voit très souvent les cheveux repousser; mais lorsque les individus atteints de syphilis sont d'un certain âge, ou lorsqu'ils ont une certaine disposition à perdre leurs cheveux, la maladie vient très souvent hâter la calvitie. Je n'ai pas besoin de dire que la chute des cheveux, dans la syphilis, n'est pas une contre-indication à l'administration du mercure, si ce médicament est indiqué par la nature des accidents ; il n'est nullement prouvé que les préparations mercurielles fassent tomber les cheveux, et le meilleur moyen d'arrêter l'alopécie est de guérir au plus vite la maladie générale sous l'influence de laquelle elle se produit.

Quant à l'alopécie qui accompagne les maladies du cuir chevelu, elle ne demande pas de traitement spécial, et il

faut bien se garder alors des lotions ou des onctions excitantes dont nous venons de parler ; la meilleure manière d'en arrêter les progrès, c'est de combattre la maladie principale par les moyens appropriés à sa nature. Lorsqu'il s'agit d'affections parasitaires, il est très important d'attaquer le plus tôt possible le cryptogame par les moyens susceptibles de le détruire, afin de ne pas attendre que les follicules soient atrophiés et que l'alopécie soit considérable. Je ne dois pas d'ailleurs entrer ici dans des détails qui appartiennent à chacune des maladies qui affectent le cuir chevelu et les régions pileuses ; j'insiste seulement sur la nécessité de traiter la maladie, sans s'occuper spécialement de l'alopécie.

Avant de terminer, je dois rappeler ce que j'ai dit des inconvénients possibles de la calvitie, qui devient, pour certaines personnes, l'occasion de coryzas, et de douleurs névralgiques ou rhumatismales dans la tête ; il y a alors pour elles nécessité d'obvier à la nudité de la tête au moyen d'une coiffure habituelle ou d'une chevelure artificielle, appelée vulgairement perruque et faux toupet. L'emploi de ces moyens prothétiques constitue le traitement palliatif de l'alopécie céphalique permanente ou transitoire.

2° Difformités des ongles.

a. Onychogryphose.

Comme les poils, les ongles peuvent pécher par excès ou par défaut de développement ; je parlerai d'abord de l'hypertrophie des ongles (*onychogryphose*), caractérisée par l'allongement et l'épaississement de la lame cornée, qui quelquefois même se recourbe à son extrémité libre. Tantôt l'ongle conserve sa surface lisse ; tantôt il est inégal, rugueux, noirâtre, et il peut même prendre l'aspect

d'une véritable corne. Cette altération affecte rarement tous les ongles, souvent même elle n'en atteint qu'un seul, et alors plus particulièrement celui qui appartient au gros orteil. Au lieu d'être congénitale comme beaucoup de difformités, la déformation hypertrophique des ongles est habituellement acquise et accidentelle : elle survient à la suite d'un traumatisme, d'une pression habituelle par un travail professionnel, comme chez les cordonniers, qui présentent l'ongle du pouce gauche épaissi et dur, avec un bord libre écaillé par l'alène; elle se produit aux pieds par l'usage d'une chaussure trop dure ou trop étroite. Chez les vieillards, par le seul fait de l'âge, il n'est pas rare de voir aux pieds plusieurs ongles devenir épais, rugueux et d'une couleur plus foncée. Dans certaines maladies de la peau, et principalement dans l'eczéma et dans le psoriasis, dans quelques cas de syphilis, les ongles deviennent inégaux, secs, cassants, et la partie cornée est repoussée au-dessus du lit de l'ongle par une substance dure et sèche qui n'est autre chose que de l'épiderme.

Le traitement de l'onychogryphose est tout mécanique ; il consiste dans l'incision des ongles trop longs et dans l'ablation des aspérités, soit par des instruments tranchants, soit par des limes. Néanmoins, lorsque les difformités des ongles sont en rapport avec l'eczéma, avec le psoriasis ou avec la syphilis, le traitement général dirigé contre ces maladies finit par en amener la disparition, qui n'a lieu que lentement et ordinairement plus tardivement que les autres altérations de la peau. Il est évident que lorsque l'épaississement des ongles des orteils est dû à une pression causée par la chaussure, la première chose à faire est de supprimer la cause par l'emploi de chaussures plus larges ou plus appropriées à la forme du pied.

b. Atrophie des ongles, onychotrophie.

L'absence des ongles, soit totale, soit plus fréquemment sur quelques doigts ou orteils, est souvent congénitale. Dans le cours de l'existence, les ongles peuvent tomber, comme cela a été observé dans quelques cas de syphilis, ou dans quelques maladies du système nerveux, et particulièrement dans l'ataxie musculaire; ils peuvent disparaître peu à peu par le raccourcissement et le racornissement des doigts, comme dans la sclérodermie. Mais ces cas sont rares, et le plus ordinairement l'atrophie des ongles se manifeste par leur ramollissement, leur amincissement et leur friabilité; d'autres fois les ongles deviennent secs, cassants ; leur extrémité libre est inégale, fendillée, leur croissance est retardée. Toutes ces altérations se rattachent à une altération profonde de la nutrition, et se rencontrent, soit momentanément, dans les maladies aiguës, traumatiques ou spontanées, soit d'une manière permanente, dans les états cachectiques et plus particulièrement chez les scrofuleux.

Comme se rattachant plus particulièrement à l'atrophie, on a signalé aussi l'*achromie* ou *albugo* des ongles, consistant dans la présence de lignes ou de points de couleur blanche, tranchant par leur couleur sur la coloration naturelle de l'ongle. On a cherché à expliquer ces taches par des vides entre l'ongle et le derme sous-jacent; mais elles appartiennent à l'ongle lui-même, puisqu'elles progressent avec lui et puisqu'elles se déplacent d'arrière en avant à mesure que l'ongle croît en longueur. Il est donc probable qu'elles sont dues à une modification histologique de la substance de l'ongle, et probablement, ainsi qu'a cherché à l'établir Arloing, à la persistance ou à la présence momentanée de l'éléidine, élément ordinaire du *stratum granulosum* du corps muqueux, qui manque normale-

ment dans la substance unguéale. On a voulu rattacher ces taches à la scrofule, à la syphilis, à l'anémie : les observations manquent pour établir leur relation avec des états pathologiques bien déterminés; je puis dire cependant qu'elles coïncident habituellement avec une débilitation générale, quelle qu'en soit la cause. En dehors de cette débilité, j'ai rencontré un certain nombre de fois ces taches blanches ponctuées à la dernière période d'eczémas ayant duré longtemps, et je les ai vues disparaître au bout de quelques mois.

§ 4. — Difformités des follicules sébacés.

Les difformités des follicules sébacés comprennent l'*acné miliaire*, l'*acné pisiforme* et le *molluscum*.

a. Acné miliaire, varus miliaire, milium, grutum.

Cette altération des follicules sébacés qu'Alibert a décrite sous le nom de *varus miliaire*, que j'ai proposé d'appeler *acné miliaire*, et qui a été désignée par divers auteurs sous les noms de *grutum*, de *milium*, de concrétions folliculaires est constituée par l'existence de petits grains saillants au-dessus du niveau de la peau, arrondis, un peu transparents, d'une teinte opaline, d'un volume d'une petite tête d'épingle ou d'un grain de millet, siégeant sur la face, principalement sur les paupières, sur le nez, sur le front et sur la partie de la peau qui avoisine l'orbite. On en a trouvé quelquefois sur la peau des organes génitaux. Ces petites tumeurs sont en nombre variable : quelquefois il n'y en a qu'une ou deux; d'autres fois elles sont en nombre assez considérable, et alors elles constituent une difformité apparente assez désagréable, surtout pour les femmes. Elles ne sont accompagnées d'aucune

sensation douloureuse. Une fois formées, elles peuvent croître légèrement, mais sans jamais acquérir un volume supérieur à un grain de millet; ordinairement elles persistent indéfiniment.

L'acné miliaire résulte de l'accumulation de la matière sébacée dans un follicule, de l'oblitération du conduit excréteur et de l'induration de cette matière sébacée. Neumann, qui en a fait l'examen anatomique, a trouvé que la tumeur était constituée, extérieurement, par de l'épiderme, puis par la paroi du follicule pileux ou par celui de la glande sébacée, envoyant quelquefois à l'intérieur, pour les grosses concrétions, des cloisons de tissu conjonctif, et intérieurement, par des cellules épidermiques et des cristaux de cholestérine résultant de la transformation de la matière graisseuse sébacée.

L'acné miliaire est souvent isolée de toute autre altération cutanée; mais souvent aussi, particulièrement chez les jeunes sujets, elle accompagne quelques variétés d'acné, l'acné ponctuée, l'acné pustuleuse ou l'acné indurée. Son diagnostic est très facile : sa couleur nacrée, sa demi-transparence, l'absence d'aucun orifice, l'impossibilité d'en faire sortir aucun produit, sa persistance, la distinguent suffisamment des diverses variétés d'acné, pour qu'il soit facile de la reconnaître.

Aucun traitement médical ni topique n'est à employer contre l'acné miliaire. Pour la faire disparaître, il suffit d'égratigner la peau avec la pointe d'une épingle ou de l'inciser légèrement avec une lancette, au niveau de la petite tumeur, puis de presser au-dessous avec une pince ou avec les doigts : la matière sébacée, endurcie, est énucléée facilement et sans qu'il reste aucune cicatrice.

La sécrétion sébacée peut se calcifier et constituer ces calculs cutanés qui ont été décrits par quelques auteurs sous le nom de pierres de la peau : tel est le cas cité par Duhring, d'après le docteur Foster de Boston, d'une pe-

tite tumeur existant sur un des côtés de la joue d'une femme de quatre-vingt-onze ans, et ressemblant par son aspect et par sa composition à un calcul urinaire : elle renfermait en effet du phosphate de chaux, un peu de carbonate de chaux, des débris épithéliaux et de la matière grasse. Elle fut enlevée par excision, et c'est en effet le seul mode de traitement à employer dans des cas semblables.

b. Acné pisiforme.

Je rattacherai encore aux concrétions sébacées de petites tumeurs arrondies, du volume d'un pois, d'une couleur d'un blanc mat ou tirant sur le jaune, tout à fait indolentes et que j'ai rencontrées un petit nombre de fois sur la peau des bourses. Elles persistent indéfiniment ; mais je ne sais si elles sont congénitales, les personnes atteintes de cette difformité m'ayant dit ne pas s'être aperçues de leur apparition et croyant les avoir toujours eues. On pourrait leur donner le nom d'*acné pisiforme*. Le traitement devrait consister dans l'incision superficielle des tumeurs et dans leur énucléation, comme pour l'acné miliaire.

c. Molluscum.

Historique. — Depuis Bateman, on donne le nom de *molluscum* à une affection de la peau caractérisée par la présence d'éminences plus ou moins volumineuses, arrondies, de consistance molle, indolentes, non susceptibles d'ulcération, développées et disséminées, ordinairement en assez grand nombre, sur la surface du corps.

Ce mot de molluscum paraît avoir été employé pour la première fois par Plenck, lequel, l'appliquant à des saillies tuberculeuses, molles, sessiles, rouges ou incolores, quelquefois hérissées de poils, a évidemment

confondu sous la même dénomination les verrues, les *nævi* et les véritables tumeurs molluscoïdes. Bateman en a donné, le premier, une description courte, mais exacte, en s'appuyant sur un fait signalé en 1793 par le professeur Tilesius, de Muhlberg, et sur deux observations personnelles. Il a défini le molluscum : une tumeur molle, peu sensible, d'une consistance souvent élastique. La description de Bateman a été reproduite par Biett, par Carswell et Thompson, par Cazenave et Schedel, et par la plupart des auteurs classiques. Le molluscum a été étudié d'après ses caractères objectifs, mais sans qu'il soit fait mention de son siège anatomique ni de sa nature. Aucune indication d'espèces ou de variétés n'avait également été donnée. Bateman, seulement, en citant l'observation d'une femme atteinte de molluscum, avait signalé la contagion comme cause probable de la maladie, la femme dont il s'agissait ayant été en contact avec un enfant atteint de la même affection ; et à partir de ce moment on avait été tenté d'admettre comme une variété spéciale le *molluscum contagieux*.

Des travaux ultérieurs se rapportant à l'étude anatomique des tumeurs molluscoïdes eurent pour résultat de faire reconnaître qu'on avait confondu sous le nom de molluscum deux maladies très différentes et qui doivent être distinguées : l'une, siégeant dans les glandes sébacées et consistant dans la rétention du sebum, avec persistance du conduit excréteur et avec possibilité de faire sortir l'humeur par la pression : c'est l'*acné varioliforme*, si bien décrite par Bazin ; l'autre, constituée par des tumeurs solides, sans contenu liquide, sans orifice, qui ont été étudiées dans leur composition anatomique par Dick, médecin anglais (1837), par Vanzetti (1867), par Virchow, par Verneuil, par Rindfleisch, par Hebra, par Michel. Cette dernière variété, comprenant des tumeurs fibreuses, doit conserver seule le nom de

molluscum ; la première se rapporte à l'acné, et sera décrite dans l'article consacré à l'histoire de cette dernière maladie. Dans un article inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Michel a proposé de rattacher au molluscum le mycosis fongoïde ; je ne pense pas qu'on doive adopter cette manière de voir : le mycosis, par sa marche, par sa gravité et par son siège anatomique, diffère totalement du molluscum. Je ne vais donc m'occuper ici que du molluscum fibreux, qui doit être placé nosologiquement parmi les difformités acquises de la peau.

Anatomie pathologique. — Les connaissances anatomiques que nous possédons sont dues principalement à Rokitansky, à Virchow, à Billroth, à Neumann, à Verneuil (1) et à Fagge. Ces tumeurs sont évidemment formées par le développement d'un tissu conjonctif fibreux, se détachant des parties profondes du derme et s'étendant en s'allongeant, de manière à constituer des saillies plus ou moins volumineuses. En divisant par le milieu une de ces masses molluscoïdes, on voit que la tumeur offre l'aspect d'un tissu fibreux, homogène, blanc ou jaunâtre, plus dur près du pédicule, plus mou à la périphérie, et qui semble former une substance aréolaire, un peu semblable à la glande mammaire. Ce tissu est brillant ; la pression en fait sortir un liquide un peu épais et de couleur blanchâtre. La tumeur est très adhérente au derme ; il est difficile de l'en détacher et de l'énucléer.

Au microscope et à un faible grossissement, cette disposition fibreuse et aréolaire devient plus évidente ; on constate en effet la présence de faisceaux fibreux tantôt épais, tantôt minces, et l'existence de cellules pourvues d'un gros noyau fortement réfringent et qui s'imprègne facilement de carmin. Les vaisseaux sont en assez grand

(1) Verneuil, *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1853, p. 177.

nombre et d'un volume assez considérable ; leur calibre est plus large à la base de la tumeur que dans sa partie périphérique. Dans quelques tumeurs, on trouve annexées des glandes sudoripares ou sébacées et des follicules pileux ; dans les tumeurs anciennes, ces éléments glandulaires sont souvent atrophiés, les follicules pileux surtout sont vides, et la peau qui recouvre les tumeurs volumineuses est amincie et privée de poils.

D'après Rokitansky, le point de départ de la tumeur molluscoïde serait le tissu conjonctif du derme : la structure fibreuse, la profondeur, l'adhérence bien intime de la tumeur avec la couche dermique et la difficulté de son énucléation sont en faveur de cette opinion. Néanmoins Fagge et Howse ont cherché à établir que le molluscum se développe aux dépens du tissu conjonctif qui entoure le follicule pileux ou les glandes sébacées. L'association fréquente du molluscum et de l'acné varioliforme me porterait à penser qu'en effet, dans certains cas, le point de départ de la maladie doit se trouver dans une glande sébacée, dont la sécrétion est d'abord augmentée et dont les parois conjonctives se trouvent plus tard hypertrophiées et finissent par étouffer la partie glandulaire.

Symptômes. — Le molluscum fibreux se présente sous la forme de tumeurs arrondies, tantôt sessiles, tantôt pédiculées, d'une consistance variable, ordinairement molle, mais quelquefois assez résistante ; elles sont recouvertes d'une peau normale, quelquefois amincie et parsemée de vaisseaux, principalement sur les tubérosités d'un gros volume. Leur volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une noix ou même d'une orange. on a cité des exemples de tumeurs molluscoïdes ayant atteint la grosseur du poing et même de la tête d'un enfant. Virchow rapporte le cas d'un molluscum pesant trente-deux livres et demie ; ces faits sont exceptionnels : le plus ordinairement les tumeurs les plus volumineuses

ne dépassent pas la grosseur d'une noix. Quant à leur forme, elle est arrondie ; mais les unes sont pédiculées et prennent la forme d'une poire, les autres sont sessiles et forment une tumeur ronde à base large, régulière ; quelques autres ne font qu'une très légère saillie au-dessus du niveau de la surface cutanée, et il faut pincer la peau pour reconnaître exactement leur existence et leur volume.

La consistance des tumeurs est ordinairement assez molle : en les pressant, on a la sensation d'un tissu mollasse mélangé à des parties plus résistantes. Quelques-unes présentent une induration assez marquée ; quelques autres sont presque complètement vides et paraissent n'être constituées que par les parois de la tumeur ; cependant, par la pression entre les doigts, on sent à l'intérieur comme une couche de tissu plus consistant. Ces tumeurs vides se présentent sous la forme de petits sacs plus ou moins allongés, ayant un pédicule étroit, adhérent au reste de la peau et ressemblant à un grain de raisin dont on aurait vidé le contenu : cette variété a été indiquée pas les auteurs sous le nom de *molluscum pendulum*.

A la périphérie de ces tumeurs on ne voit ordinairement aucun orifice ; la pression ne fait sortir aucun liquide ; elles ne sont le siège d'aucune sécrétion anormale. Les tumeurs molluscoïdes sont complètement solides ; cependant il est quelquefois possible de voir, à l'extrémité d'une tumeur, l'orifice d'un conduit sébacé entr'ouvert et duquel on peut faire sortir par la pression un peu d'humeur sébacée ; mais il est facile de se convaincre que cette glande sébacée n'est qu'annexée à la tumeur et qu'elle n'en est qu'une partie bien accessoire. Lorsque le molluscum siège sur des parties pileuses, il est ordinaire de constater l'absence des poils sur la tumeur. La peau est d'ailleurs d'un aspect normal ;

sur les tumeurs assez volumineuses, elle est souvent amincie, et elle prend quelquefois une coloration violacée par le fait du développement plus considérable des vaisseaux cutanés.

Le nombre des tumeurs est très variable : quelquefois on n'en trouve qu'une ou trois ou quatre; le plus ordinairement elles sont nombreuses, et elles peuvent s'élever au-delà de cent. Leur volume présente alors une grande variété.

J'ajouterai qu'on rencontre ordinairement, au milieu des tumeurs que nous venons de décrire, un certain nombre de boutons d'acné varioliforme, qui se distinguent du molluscum fibreux par leur volume moins considérable et surtout par un point noir médian ou latéral qui correspond à l'ouverture du conduit excréteur de la glande sébacée; de cette ouverture on peut faire sortir par la pression la matière sébacée sous la forme d'un filament blanchâtre vermiforme.

Le molluscum se développe sur toutes les régions du corps, mais il affecte de préférence les parties supérieures et particulièrement le dos. On a cité quelques exemples de tumeurs molluscoïdes siégeant simultanément à l'extérieur et dans la bouche, au palais et à la face interne des joues.

Le molluscum est uniquement constitué par les tumeurs que je viens de décrire. Il n'existe dans cette maladie ni douleurs, ni démangeaisons, ni aucun phénomène subjectif; par leur volume ou par leur siège, ces tumeurs peuvent seulement entraîner une certaine gêne dans les mouvements ou dans quelques positions prises par les personnes qui les portent. Il n'est pas rare de voir coïncider avec l'éruption molluscoïde des taches pigmentaires brunes, d'une étendue et d'une forme variables.

Marche et développement. — Le développement des tumeurs molluscoïdes est lent et progressif; elles com-

mencent quelquefois dès l'enfance et croissent graduellement en nombre et en volume. Arrivées à un certain degré, elles restent ordinairement stationnaires. On n'a jamais observé sur elles de travail régressif. Elles ne sont susceptibles ni de suppurer ni de s'ulcérer spontanément; elles sont quelquefois cependant le siège d'ulcérations par suite de chocs ou de pression, mais c'est alors un accident extérieur. Par une pression exercée sur le pédicule, par suite d'un tiraillement dépendant du poids de la tumeur, la circulation peut être interrompue, et une gangrène partielle ou totale peut se développer. J'ai vu quelques exemples de cet accident, entraînant la chute et la disparition complète de certaines tumeurs. Mais, le plus ordinairement, la maladie persiste indéfiniment, en constituant une difformité permanente de l'enveloppe cutanée.

Diagnostic. — Le diagnostic du molluscum est ordinairement facile; le nombre assez considérable des tumeurs, leur consistance molle, leur indolence à la pression, l'aspect uni de la peau qui les recouvre et qui ne présente aucune ouverture, la disposition pédiculée de quelques-unes, l'absence de tout symptôme subjectif, la longue durée de la maladie, sont autant de caractères qui permettent de reconnaître cette affection et de la distinguer de quelques autres tumeurs cutanées.

C'est principalement avec l'acné varioliforme, avec les verrues, avec les loupes et avec les tumeurs cancéreuses de la peau qu'on doit établir le diagnostic différentiel du molluscum.

L'acné varioliforme se distingue du molluscum par le peu de volume des saillies, par leur transparence, principalement par l'orifice du follicule sébacé apparent sous la forme d'un point noir, et surtout par la sortie du sebum à travers cet orifice, au moyen d'une pression exercée à la base de la tumeur.

Les verrues se caractérisent suffisamment par leur aspect inégal, chagriné, par leur coloration brune ou jaune, par leur petit nombre ou au moins par leur développement dans une région circonscrite, pour que nous ne croyions pas nécessaire d'insister sur ce point de diagnostic.

Il est plus difficile de distinguer le molluscum des loupes ou lipomes, lorsque ces diverses tumeurs sont en certain nombre. Toutefois on se rappellera que les tumeurs molluscoïdes sont ordinairement plus nombreuses, plus disséminées, plus souvent pédiculées que les lipomes, et qu'elles sont souvent mélangées avec des tumeurs d'acné varioliforme.

Quant aux tumeurs cancéreuses, leur diagnostic est facile : elles sont d'un rouge violacé ; elles sont très dures, souvent douloureuses, et leur terminaison par ulcération les caractérise spécialement.

Pronostic. — Je n'ai pas à insister sur le pronostic du molluscum ; c'est une affection bénigne qui n'entraîne aucun danger et qui constitue seulement pour la personne qui en est atteinte une déformation de la peau incurable, et souvent très désagréable lorsque les tumeurs siègent sur les parties découvertes.

Étiologie. — L'étiologie du molluscum est complètement ignorée. Cette maladie paraît avoir été observée dans tous les climats, sur les nègres et sur les blancs. Elle débute quelquefois dès l'enfance. Hebra prétend l'avoir rencontrée principalement chez des individus faibles de corps et d'esprit ; mon observation personnelle est en désaccord avec cette opinion.

Traitement. — Le molluscum résiste à toute médication interne et externe ; il est donc sage de n'employer contre cette maladie ni médicaments internes, ni lotions, ni bains, ni pommades. Les tumeurs molluscoïdes ne peuvent guérir que par le secours de la chirurgie ; on

doit avoir recours à leur excision lorsqu'elles sont trop volumineuses, lorsqu'elles siègent dans des parties découvertes, lorsqu'elles constituent une difformité trop apparente, ou lorsqu'elles déterminent, par leur position, une gêne trop considérable. Lorsqu'elles sont pédiculées, la ligature en est facile et amène une guérison certaine. J'ai essayé sans succès la cautérisation avec la poudre caustique de Vienne, qui donne de si bons résultats dans le traitement des lipomes.

§ 5. — Difformités vasculaires, telangiectasies ou angiomes.

Les difformités qui appartiennent au système circulatoire sont caractérisées par des taches plates ou saillantes, d'une couleur rouge plus ou moins foncée, dues à un développement exagéré des vaisseaux capillaires de la peau. Ces difformités comprennent trois espèces : 1° les *taches vineuses*, 2° les *nævi vasculaires*, 3° les *tumeurs fongueuses*.

a. Taches vineuses; angiomes.

La *tache vineuse*, désignée aussi sous le nom de *nævus flammeus*, *tache de feu*, *tache de vin*, *angiome simple*, se présente sous la forme d'une plaque rose, rouge ou brune, sans aucune saillie au-dessus du niveau de la peau; les cris, les efforts, les émotions morales, augmentent momentanément l'intensité de la coloration, en y faisant affluer une plus grande quantité de sang; la pression du doigt fait disparaître la rougeur, qui revient aussitôt que cesse la pression. Les taches vineuses sont congénitales; elles sont très apparentes au moment de la naissance; et ordinairement leur couleur diminue peu à peu d'intensité, quelques-unes même disparaissent complètement

quelques mois après la naissance ; mais le plus grand nombre persiste indéfiniment, et quelques-unes même peuvent devenir le point de départ de tumeurs érectiles. Ces taches sont une difformité très commune ; leur forme et leur étendue sont très variables ; ou arrondies ou irrégulières, elles sont quelquefois très larges ; le plus souvent n'existe qu'une ou deux de ces taches, quelquefois on en rencontre plusieurs chez le même sujet. Le plus fréquemment elles siègent à la face, à la nuque, au cou, à la poitrine et aux membres supérieurs ; elles se rencontrent rarement à la partie inférieure du corps. Lorsque les taches vineuses existent à la face et lorsqu'elles occupent une étendue assez considérable, elles constituent une difformité très désagréable ; et il n'est pas très rare de rencontrer des personnes ayant ainsi sur le front, sur la joue, sur le nez ou sur le cou, une large tache vineuse qui les défigure complètement.

Il n'y a aucun moyen de traitement à employer contre ces taches vineuses ; toute médication topique échoue. Balmano Squire a proposé de les attaquer par des scarifications linéaires recouvrant toute leur étendue ; mais les succès qu'il avait annoncés n'ont pas été confirmés par les essais tentés par d'autres médecins, et ce moyen est abandonné. On a conseillé encore de masquer la coloration des taches vineuses par le tatouage pratiqué avec un mélange de vermillon et de blanc de plomb ; mais la nuance convenable est difficile à obtenir, et souvent la tache artificielle est plus laide que celle qu'on a voulu effacer.

Au lieu de se présenter sous la forme d'une plaque colorée, l'angiome peut être constitué par une simple tache arrondie, ponctuée, d'une petite dimension. Hebra a décrit cette affection sous le nom de *télangiectasie idiopathique ;* je suis d'avis de l'appeler *angiome simple*. Cette tache, de la grandeur tout au plus d'une tête d'épingle,

est tantôt plane, tantôt légèrement proéminente; quelquefois on y voit converger quelques petits vaisseaux, apparents au-dessous de l'épiderme; chez certaines personnes, on aperçoit autour de la tache centrale une petite auréole rouge, comme érythémateuse. La pression fait disparaître momentanément toute coloration. Contrairement aux véritables taches vineuses, cet angiome n'est pas congénital; il apparaît à tout âge, mais principalement chez les jeunes sujets. Hebra dit qu'il peut être le résultat d'une piqûre, d'une excoriation; je n'ai jamais pu saisir une cause accidentelle de son développement. Il persiste indéfiniment, et il peut même grossir en saillie et en étendue. Son siège presque exclusif est la face; j'en ai rencontré quelquefois aux mains : il y a quelques années j'ai eu occasion de voir une jeune femme qui présentait sur le dos des mains et sur les doigts une vingtaine de petits points sanguins semblables à ceux que je viens de décrire et qui s'étaient développés successivement depuis un an environ. Hebra a rapproché de ces angiomes simples les lignes rouges sinueuses qu'on rencontre fréquemment au visage, et principalement aux pommettes et près du nez chez les personnes d'un certain âge; ces lignes flammeuses ne sont autre chose que des varices cutanées, il me paraît nécessaire de les distinguer de l'angiome simple ponctué. Ces varices sont d'ailleurs souvent symptomatiques d'une acné congestive ou hypertrophique, et elles surviennent aussi fréquemment sous l'influence d'un obstacle apporté à la circulation centrale, comme dans les affections organiques du cœur.

L'angiome simple étant susceptible de s'accroître et pouvant être considéré comme le premier degré d'une tumeur fongueuse sanguine, il est nécessaire de le faire disparaître par un traitement approprié. Hebra conseille d'avoir recours à l'incision du point vasculaire, puis d'y appliquer de la charpie imbibée d'une solution de per-

chlorure de fer. Pour ma part, je me suis très bien trouvé d'appliquer sur l'angiome le volume d'une tête d'épingle de caustique de Vienne délayé dans de l'alcool et de l'y laisser deux ou trois minutes. Ce moyen, que j'ai employé fréquemment, m'a réussi habituellement, et j'ai vu le point rouge disparaître et ordinairement sans cicatrice apparente. On peut également cautériser la petite tache avec une aiguille rougie au feu ou avec l'électro-cautère, ou même avec une goutte d'acide nitrique; mais par ces procédés, surtout avec le dernier, la cicatrice m'a paru être plus visible et plus permanente qu'avec le caustique de Vienne.

b. Nævi vasculaires. — Angiomes caverneux.

Les *nævi* vasculaires sont de petites tumeurs arrondies ou irrégulières, quelquefois aplaties à leur surface, et simulant par leur aspect certains fruits granuleux, tels que des fraises ou des framboises. Leur coloration rouge varie depuis le rose jusqu'au brun violacé, suivant la couleur du sang artériel ou veineux qui les pénètre. Les *nævi* sont complètement indolents; mais si l'on vient à les piquer ou à les excorier, ils sont le siège d'une hémorrhagie abondante qu'on a de la peine à arrêter. La coloration du *nævi* diminue par la pression, qui peut même les affaisser momentanément; quelques-uns sont pulsatiles.

Les *nævi* vasculaires sont formés par un tissu spongieux analogue au tissu érectile et résultant d'un développement anormal et exagéré des capillaires sanguins. Ils présentent une charpente réticulaire composée de trabécules de tissu conjonctif et laissant des vacuoles qui communiquent les unes avec les autres et qui contiennent du sang, lequel présente plus souvent l'apparence du sang veineux que celle du sang artériel. Outre la dilata-

tion des vaisseaux capillaires, on observe habituellement, sur la partie de la peau atteinte, une hypertrophie du derme, une augmentation du pigment et un accroissement du nombre et de l'épaisseur des poils.

Les *nævi* vasculaires sont souvent congénitaux; quelquefois ils apparaissent après la naissance, mais ordinairement dans les premiers mois de la vie extra-utérine; il est très rare qu'ils se développent à un âge plus avancé. On a dit qu'ils étaient plus communs chez les filles que chez les garçons; cette assertion mériterait d'être vérifiée. Je n'ai pas besoin de réfuter ici l'opinion assez répandue dans le monde, que leur formation est en rapport avec une impression ressentie par la mère pendant la grossesse; je dois seulement ajouter que la disposition à être affecté de ces *nævi* a paru quelquefois héréditaire.

Une fois développées, les tumeurs vasculaires restent ordinairement stationnaires et persistent; quelques-unes s'affaissent, se flétrissent, et laissent à leur place une tache blanchâtre ou grise, ordinairement ridée et semblable à une cicatrice. La guérison spontanée peut avoir lieu encore d'une autre manière, par sphacèle; on voit alors survenir, sur un point de l'excroissance, une tache grisâtre qui se ramollit, se détache et laisse à sa place une ulcération plus ou moins profonde et ordinairement taillée à pic sur ses bords. Quelquefois une partie seulement de la tumeur est atteinte, d'autres fois tout le *nævus* se mortifie; au bout d'un certain temps, ordinairement assez long, l'ulcération se cicatrise, et la tumeur est remplacée par une cicatrice. J'ai observé un certain nombre de fois ce mode spontané de guérison, et j'ai même pu constater plusieurs erreurs de diagnostic relatives à la nature de l'ulcération qui avait succédé à la chute de l'eschare : dans deux cas, cette ulcération taillée à pic avait été considérée comme syphilitique, et un traitement mercuriel avait été institué au grand détriment de jeunes

enfants âgés de deux à trois mois. Pour éviter l'erreur, il suffit de s'informer de l'état de la peau avant l'ulcération, et de savoir que dans les cas de gangrène envahissant les *nævi*, l'ulcération consécutive a des bords taillés à pic et est de longue durée. Dans des cas moins heureux, la tumeur vasculaire, au lieu de rester stationnaire ou de disparaître, augmente graduellement de volume et prend l'aspect d'une véritable tumeur fongueuse sanguine.

Lorsque les *nævi* vasculaires sont peu volumineux et lorsqu'ils restent stationnaires, et surtout lorsqu'ils sont situés dans des endroits cachés par les vêtements, il est sage de ne pas y toucher. Dans certaines circonstances, lorsqu'ils constituent une difformité désagréable à la vue, ou lorsqu'ils augmentent de volume, il y a lieu de les faire disparaître, et alors il faut s'adresser aux moyens chirurgicaux. Ce n'est pas le lieu de décrire ici les divers procédés de traitement qu'on peut employer ; nous indiquerons seulement comme les plus simples : la compression, applicable dans les cas où la tumeur, située au-dessus d'un plan osseux, peut être comprimée efficacement ; la vaccination sur le *nævus* chez les enfants non vaccinés, vaccination pratiquée au moyen de nombreuses piqûres avec une lancette chargée de vaccin, bon procédé qui donne lieu à une cicatrice très inégale d'abord, mais qui s'aplatit et s'efface avec les années, de manière à être peu visible à l'âge adulte ; la cautérisation avec le caustique de Vienne, qui m'a réussi plusieurs fois et qui n'est pas suivie d'une cicatrice trop apparente ; le séton simple ou compliqué de mèches caustiques, moyen douloureux ; les injections de solution de perchlorure de fer, qui échouent souvent ; la ligature, lorsqu'elle est possible ; et enfin l'excision, dont l'effet est certain, mais qui constitue une véritable opération avec tous ses dangers.

c. Tumeurs fongueuses sanguines; tumeurs érectiles; angiomes caverneux.

Ces tumeurs ne sont que l'exagération des *nævi* vasculaires; leur description et leur traitement appartiennent à la chirurgie, nous ne ferons que les mentionner ici.

§ 6. — Difformités du derme.

Les difformités de la peau qui ont leur siège principal dans le derme sont au nombre de cinq : la *kéloïde*, la *sclérodermie*, la *morphée*, la *cachexie pachydermique* et l'*éléphantiasis des Arabes*.

a. Kéloïde.

Dans un ouvrage intitulé : *Des maladies de la peau et de celles de l'esprit*, édité à Paris en 1790, Retz paraît être le premier qui ait signalé l'existence d'une maladie de la peau fort extraordinaire, qu'il appela *dartre de graisse*, et qui semble se rapporter à ce que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de *kéloïde*. Mais c'est véritablement à Alibert qu'on doit la première description scientifique de ces excroissances cutanées : il avait d'abord proposé, pour les désigner, le nom de *cancroïde*, à cause de la ressemblance de ces saillies avec un crabe; mais plus tard il les décrivit sous la dénomination de kéloïde, qui a été conservée depuis. Alibert avait placé bien à tort la kéloïde dans les dermatoses cancéreuses; il aurait mieux fait de la classer dans les affections hétéromorphes, à côté de l'ichthyose et des verrues. La plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies de la peau ont décrit la kéloïde à part, sans la faire entrer dans une classe déterminée de leur classification; je ferai cependant exception pour Tilbury Fox, qui

la considère comme une affection tuberculeuse (1); pour Erasmus Wilson, qui la place dans les vices de nutrition (2); pour Bazin, qui la regarde comme un produit de la diathèse fibro-plastique (3), et pour Hebra, qui, dans sa classification anatomo-pathologique, en fait une néoplasie du tissu conjonctif de la peau et la place dans les néoplasies bénignes. Depuis longtemps j'ai considéré la kéloïde comme appartenant aux difformités de la peau; sa bénignité et sa résistance ordinaire aux moyens de traitement m'empêchent de la considérer comme une véritable maladie, et m'ont engagé à la placer à côté du vitiligo, des éphélides, de l'ichthyose et des verrues.

Beaucoup d'auteurs n'ont fait que répéter ce qu'avait écrit Alibert, et ont donné de la kéloïde une description assez incomplète; quelques médecins cependant sont entrés dans des détails nouveaux et intéressants sur cette singulière affection : parmi ces derniers, je citerai surtout Tilbury Fox, auquel on doit un excellent chapitre sur la kéloïde, inséré dans son *Traité des maladies de la peau;* Firmin, Mauban et Lhonneur, qui ont pris la kéloïde pour sujet de leurs thèses de doctorat (4), et surtout Hebra, qui a donné de la kéloïde une description bien exacte sous le rapport des symptômes et de l'anatomie pathologique.

Alibert a divisé la kéloïde en deux variétés distinctes : l'une, la kéloïde vraie (*kelis genuina*), désignée sous le nom plus simple de *kelis*, est celle qui naît spontanément sans avoir été précédée par une ulcération ou une plaie; l'autre (*kelis spuria*), kéloïde cicatricielle, est toujours consécutive à une solution de continuité de la peau seule ou de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cette distinction doit être conservée.

(1) Tilbury Fox, *Skin Diseases.* London, 1864.
(2) Erasmus Wilson, *Diseases of the Skin.* London, 7th édition.
(3) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées.* Paris, 1862.
(4) Firmin, 1850; Mauban, 1855; Lhonneur, 1856.

Anatomie pathologique. — Les observations anatomiques sur la kéloïde sont assez nombreuses : elles sont dues principalement à Rokitansky, à Lebert (1), à Virchow, à Follin, à Langhans et à Kaposi, auteur de l'article Kéloïde dans le *Traité des maladies de la peau* d'Hebra; elles établissent la légitimité de la distinction entre la kéloïde vraie et la kéloïde cicatricielle. Dans la kéloïde vraie, on constate d'abord l'existence d'une tumeur à forme variée, d'une consistance peu résistante, et à l'intérieur de laquelle on voit déjà à l'œil nu, à l'aide d'une coupe longitudinale et perpendiculaire, une masse fibreuse, dense, blanchâtre, dont les fibres ont une direction parallèle à l'axe longitudinal de la tumeur. Au microscope, on constate la persistance à l'état normal de l'épiderme, du corps muqueux et des papilles; puis, dans l'épaisseur du derme, on voit un tissu étranger se présentant sous forme de fibres fortement pressées, presque toutes dirigées horizontalement, quelques-unes seulement coupant obliquement la masse fibreuse horizontale, et, entre ces fibres, des noyaux et des cellules fusiformes répandues principalement à la périphérie de la tumeur, à l'endroit où les fibres sont moins serrées. Au-dessus, mais surtout au-dessous de la tumeur, on trouve des follicules pileux étranglés, des glandes sébacées et sudoripares aplaties et altérées, et dont la forme se rapproche de la normale à mesure qu'on s'avance vers les parties périphériques. Au centre de la tumeur, on ne voit ordinairement ni vaisseaux, ni glandes.

Dans la kéloïde cicatricielle, les recherches histologiques ont permis de constater la présence de deux tissus distincts, un tissu cicatriciel existant à la superficie et constitué par un stroma épidermique où les papilles font complètement défaut, puis, au-dessous de cette couche,

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.* Paris, 1857, t. I.

une masse fibreuse composée de fibres, soit longitudinales, soit obliques, au milieu desquelles se découvrent les papilles et quelques corps fusiformes. Ces recherches anatomo-pathologiques, très bien exposées par le docteur Kaposi, permettent donc de reconnaître que la kéloïde cicatricielle résulte de la réunion d'une cicatrice et d'une masse kéloïdienne : le tissu cicatriciel est surtout apparent au centre de la tumeur ; à sa périphérie et dans ses prolongements, on trouve presque exclusivement les altérations kéloïdiennes.

Symptômes. — Qu'elle soit spontanée ou qu'elle survienne à la suite d'une solution de continuité, la kéloïde se présente toujours sous l'aspect d'une tumeur bien limitée, saillante au-dessus du niveau de la peau de 1 à 5 ou 6 millimètres, variable de forme et d'étendue, mais d'une consistance un peu ferme et élastique. Tantôt sa forme est allongée, cylindrique, semblable à un ver ou à un morceau de macaroni, d'une longueur de 2 à 5 centimètres ; tantôt elle est arrondie ou ovale ou carrée, et d'un diamètre de 1 à 2 ou 3 centimètres. Alibert a eu occasion d'observer une kéloïde ayant la forme d'une croix de Malte ; le plus souvent elle est de forme irrégulière, se rapprochant d'un carré, et elle peut avoir de 2 à 4 ou 5 centimètres d'étendue. Quelquefois, qu'elle soit ronde ou carrée, elle présente des prolongements latéraux qui lui donnent une ressemblance grossière avec un crabe ou avec une écrevisse, dont les appendices latéraux figureraient les pattes ; c'est à cause de cette ressemblance avec le crabe qu'Alibert avait proposé d'abord pour ces tumeurs le nom de cancroïde.

La surface des kéloïdes est souvent unie, lisse ; quelquefois elle est inégale, comme verruqueuse, ce qui arrive surtout pour la kéloïde cicatricielle. Dans certains cas de kéloïdes assez étendues et assez volumineuses, on voit la

tumeur sillonnée par des brides qui forment des saillies ou des excavations linéaires en forme de grillages.

La coloration n'est pas toujours la même : certaines kéloïdes sont de la couleur de la peau ; d'autres sont d'un blanc mat, brillantes ; d'autres sont violacées ou d'une teinte rosée. Sur quelques-unes on voit des vaisseaux sanguins serpenter sous la peau. Dans quelques cas rares, les tumeurs kéloïdiennes sont recouvertes de poils.

La kéloïde est quelquefois tout à fait indolente ; chez certains malades, elle est sensible à la pression, et d'autres fois la tumeur est le siège de démangeaisons ou même d'élancements très douloureux. Ces phénomènes douloureux se rencontrent plutôt dans la kéloïde spontanée que dans la kéloïde cicatricielle.

Relativement à son siège, la kéloïde semble avoir un lieu d'élection : c'est à la région sternale qu'elle se développe le plus souvent ; on la rencontre encore au dos, sur les parties latérales du thorax, au cou, à la nuque. Elle est plus rare au visage et aux membres. Ordinairement il n'y a qu'une seule plaque kéloïdienne ; quelquefois cependant on en rencontre plusieurs sur la même personne : le docteur Kaposi, dans le *Traité des maladies de la peau* d'Hebra, cite le fait d'un officier chez lequel il avait eu occasion de constater jusqu'à vingt tumeurs kéloïdiennes.

Quels que soient la forme et le volume de la kéloïde, la santé générale n'est nullement troublée par la présence de ces saillies anormales. En cas de douleurs vives, il peut y avoir quelquefois de l'insomnie, une légère altération dans les fonctions digestives, et particulièrement une diminution de l'appétit ; mais ces phénomènes sont ordinairement bien peu prononcés, et ils n'ont qu'une durée momentanée.

La kéloïde commence par une tache semblable à un *nævus*, s'accroît lentement, et d'ordinaire, arrivée à son

complet développement après plusieurs années, elle reste stationnaire et persiste indéfiniment. Elle peut disparaître néanmoins par une diminution graduelle, et j'ai vu plusieurs cas de cette guérison spontanée ; alors, à la place occupée par la tumeur, il restait une place blanche cicatricielle, à surface unie. Quelques auteurs ont dit que la kéloïde pouvait s'ulcérer, et Alibert cite une observation de Vallerand Delafosse, dans laquelle une kéloïde de la face s'abcéda et s'ulcéra ; mais ces cas sont tellement rares, que je serais tenté d'admettre une erreur de diagnostic dans le fait cité par Alibert, lequel me paraît bien plutôt appartenir à une tumeur épithéliale de la face. Hebra nie la possibilité de l'ulcération, et, pour ma part, je n'ai jamais rencontré de kéloïdes ulcérées spontanément.

Diagnostic. — La kéloïde se reconnaît à l'existence d'une tumeur blanche, rouge ou violette, d'une forme variable, semblable à une cicatrice, et existant le plus souvent au tronc ou au cou, mais principalement à la région sternale. Elle se distingue des *nævi* par le peu d'intensité de sa coloration, des verrues par son volume plus considérable, par sa forme irrégulière et par son aspect lisse. La lenteur de son développement, sa persistance indéfinie, son absence de phénomènes inflammatoires et d'ulcération, son isolement habituel, empêcheront de la confondre avec les affections tuberculeuses de la peau, soit scrofuleuses, soit syphilitiques, soit lépreuses. Il est important de la distinguer d'une affection qu'on a confondue souvent avec elle, et qui est bien plus grave : je veux parler de la sclérodermie localisée, qui se manifeste sous la forme de plaques ordinairement arrondies, sèches, dures, comme parcheminées, avec une coloration mate, et sur lesquelles on peut constater quelquefois une diminution de la sensibilité. Cette maladie, qui dépend d'une altération des nerfs trophiques, et qui

se rapproche du mal perforant et de la gangrène des extrémités, n'a rien de commun avec la kéloïde, affection purement locale et très inoffensive ; la forme arrondie des plaques sclérodermiques, leur absence de saillie, leur aspect parcheminé, la diminution de la sensibilité cutanée, sont autant de caractères qui doivent servir à établir le diagnostic différentiel.

Pronostic. — La kéloïde n'est jamais grave, elle constitue plutôt une difformité de la peau qu'une véritable maladie. Même quand elle est douloureuse, il est rare que les douleurs soient vives et constantes. J'ai déjà dit que la guérison pouvait avoir lieu par un affaissement graduel de la tumeur, mais cette terminaison est rarement observée, et le plus ordinairement la kéloïde persiste indéfiniment. On ne doit donc pas en promettre la disparition aux malades.

Étiologie. — La kéloïde est une affection qui se développe dans la jeunesse et dans l'âge adulte ; elle est très rare chez les enfants, et lorsqu'on la rencontre chez des gens âgés, son début est ordinairement antérieur à la vieillesse. La kéloïde cicatricielle se rencontre presque exclusivement chez les scrofuleux, et la plupart des plaies qui surviennent à la suite des accidents strumeux se guérissent avec une cicatrice inégale, réticulée, verruqueuse, sillonnée de brides ressemblant aux cicatrices d'une brûlure profonde ; on a même l'habitude d'appeler ces cicatrices des *cicatrices kéloïdiennes*. Mais les kéloïdes spontanées ont-elles la même origine, et doit-on penser qu'elles ont toujours pour cause une diathèse scrofuleuse? Bazin penche vers cette opinion ; pour ma part, je ne puis admettre comme nécessaire cette influence diathésique, et j'ai eu occasion de rencontrer fréquemment des kéloïdes chez des personnes qui, ni dans leurs antécédents, ni dans leur santé actuelle, ne pouvaient être soupçonnées de scrofule. Quant à la cause occasionnelle, pour la

kéloïde spontanée, elle est complètement ignorée; la kéloïde cicatricielle a pour point de départ une solution de continuité quelconque, quelquefois profonde, quelquefois très superficielle : c'est ainsi qu'on a vu des kéloïdes survenir après la petite plaie qui suit une piqûre de sangsue ou après une écorchure insignifiante. J'ai eu occasion récemment de voir une kéloïde linéaire survenue chez une jeune femme, sur une des faces latérales du nez, à la suite d'une égratignure faite avec une épingle. Les plaies résultant d'abcès froids, de scrofulides, se terminent souvent par des cicatrices kéloïdiennes; le même résultat est très rare pour les ulcères de nature syphilitique, à moins que la syphilis ne soit survenue chez un sujet scrofuleux.

Dans ces derniers temps, on a prétendu que la kéloïde n'était jamais spontanée et qu'elle était toujours précédée par une solution de continuité de la peau antérieure, et dont l'existence assez ancienne et oubliée avait pu faire croire, dans quelques cas, à son développement spontané. Mes observations ne concordent pas avec cette opinion que je trouve formulée par le docteur Barthélemy, dans une note ajoutée à l'article kéloïde de la traduction du *Traité des maladies de la peau* de Duhring.

Traitement. — Il n'y a aucun traitement interne à opposer aux kéloïdes : on a employé sans succès l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, la ciguë, les préparations arsenicales, et bien d'autres médicaments. Comme moyens externes, on a essayé sans succès les pommades iodurées, les pommades à la ciguë, les pommades mercurielles, les vésicatoires; le seul médicament qui ait réussi quelquefois est l'emplâtre de Vigo, appliqué sur la tumeur avec assiduité pendant plusieurs mois. J'ai été témoin de plusieurs guérisons obtenues par ce moyen, lequel, on doit le savoir, est cependant le plus souvent insuffisant.

Dans les cas de kéloïdes douloureuses, alors même qu'on ne peut rien contre la tumeur, on doit chercher à calmer les douleurs quelquefois très vives : on y parvient en appliquant sur la saillie kéloïdienne des emplâtres d'extrait d'opium, en se servant d'onctions avec des pommades opiacées ou chloroformées, en ayant recours à des injections sous-cutanées avec la solution de chlorhydrate de morphine au centième, et même en administrant à l'intérieur les médicaments indiqués dans les névralgies, et particulièrement la belladone, le datura stramonium, le bromure de potassium, le chloral et même le sulfate de quinine. Ce dernier médicament est surtout indiqué si les douleurs ont une tendance à revenir périodiquement. Contre ces douleurs à forme névralgique, Vidal a conseillé les scarifications linéaires, et il dit s'en être bien trouvé ; je n'ai pas eu occasion d'appliquer ce moyen, qu'on pourrait employer sans danger.

Dans une maladie constituée par une tumeur, sans altération de la santé générale, on est habituellement tenté d'employer pour sa guérison les procédés chirurgicaux, et d'avoir recours à l'excision ou à la cautérisation de la plaque kéloïdienne. Il faut bien se garder de cette pratique : l'expérience clinique a démontré d'une manière absolue que toute kéloïde enlevée, soit par le bistouri, soit par un caustique, récidivait et donnait lieu à une nouvelle tumeur plus étendue et plus saillante que la première.

b. Sclérodermie.

Historique. — On donne le nom de *sclérodermie* à des états morbides assez différents les uns des autres, comme je le dirai tout à l'heure, mais ayant pour caractère commun l'induration de la peau et souvent même celle des tissus sous-jacents. Cette affection n'a été indiquée et décrite que depuis un nombre d'années restreint. Comme

l'a fait remarquer avec raison Besnier, c'est à Alibert qu'on doit d'en avoir fait la première mention, et d'avoir proposé de donner le nom de *sclérémie* à une induration tantôt partielle, tantôt généralisée de la peau, analogue au sclérème des enfants nouveau-nés. Cette description se trouve dans la *Nosologie naturelle* (t. Ier, Paris, 1817); mais, comme elle n'a pas été reproduite par l'auteur dans son *Traité des dermatoses*, elle a été oubliée, et l'on a pris l'habitude d'attribuer à Thirial le mérite d'avoir, en 1845, appelé le premier l'attention des médecins sur l'induration cutanée, en publiant deux observations d'une affection qu'il a nommée *sclérème des adultes*, la comparant à une affection analoguee que l'on rencontre quelquefois chez les nouveau-nés : les deux malades dont il a raconté l'histoire présentaient, en différentes parties du corps, une induration particulière de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Peu de temps après, Grisolle rencontra également une malade atteinte de la même affection; il la publia, et, d'après sa description, Forget (de Strasbourg) se rappela avoir vu une malade semblable, dont il rapporta de mémoire l'observation, et pour laquelle il proposa le nom de *chorionitis*, la lésion lui paraissant consister dans une inflammation du derme ou chorion (1). Deux ans après, Gintrac (de Bordeaux) publia quatre observations du même genre, dont deux lui étaient personnelles, les deux autres étant empruntées à la pratique d'un médecin italien. Il tenta d'en faire l'histoire en les rapprochant des cas semblables signalés par Thirial et Grisolle, et il proposa, à cause de la dureté de la peau qui caractérise cette affection, de la désigner sous le nom de *sclérodermie*.

A partir de ce moment, un assez grand nombre de faits de cette nature furent rapportés par différents au-

(1) Forget, *Mémoire sur le chorionitis*. Strasbourg, 1847.

teurs. En 1847, en même temps que Grisolle à Paris, Putegnat (de Nancy) signalait, avec cette induration particulière de la peau, l'existence de taches pigmentaires. En 1861, Lasègue publia dans les *Archives de médecine* le récit de différentes observations rapportées en Allemagne. Enfin, en 1865 Horteloup fit sa thèse inaugurale sur ce sujet et réunit vingt-sept observations, d'après lesquelles il donna une excellente histoire de la sclérodermie.

Depuis cette époque, de nouvelles recherches furent entreprises en Allemagne, en Angleterre et en France. A Paris, la Société de biologie, à laquelle Ball et Liouville eurent occasion de présenter plusieurs malades, contribua surtout à édifier l'histoire de la sclérodermie; et enfin des observations furent encore signalées par Charcot et par Vulpian, ce dernier, de plus, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu atteint de cette maladie. Je signalerai encore un mémoire d'Erasmus Wilson; une leçon que j'ai faite en 1876 et qui fut publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, leçon dans laquelle j'ai indiqué pour la première fois la nécessité de distinguer les formes différentes de la sclérodermie, jusque-là confondues sous une dénomination commune (*Gaz. des hôpitaux*, 8 mars 1877); et enfin un article du professeur Ball, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui constitue un excellent résumé de toutes les connaissances relatives au sujet qui va nous occuper.

Mais, en lisant ces observations et en tenant compte des cas de sclérodermie que l'on a étudiés soi-même, ou de ceux qui ont été étudiés depuis, on remarque que les auteurs ont confondu ensemble plusieurs types bien différents. D'après les divers aspects que les malades présentent, on peut en effet établir trois variétés de sclérodermie : la première, caractérisée surtout par le gonflement et l'induration de la peau et du tissu cellulaire

sous-cutané, que j'ai appelée sclérodermie œdémateuse, et à laquelle Besnier a proposé d'appliquer le nom de *sclérémie;* la seconde ayant pour caractère spécial la présence de plaques dures, semblables à des cicatrices, que j'appellerai la *sclérodermie en plaques;* la troisième, enfin, que j'appellerai la *sclérodermie des extrémités*, que l'on observe surtout aux mains, rarement aux extrémités inférieures, et qui est constituée par une induration et une atrophie spéciales. Il est évident, en effet, que, comparées les unes aux autres, ces trois variétés présentent de grandes différences et constituent trois types distincts qui doivent être désignés par des dénominations spéciales. Aussi je décrirai successivement la *sclérodermie œdémateuse*, la *sclérodermie en plaques* et la *sclérodermie dactylienne.*

1° La première variété, *sclérodermie œdémateuse* ou *sclérémie*, est caractérisée non seulement par une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais encore par un gonflement, sorte d'œdème dur, dans lequel, au lieu de la mollesse que détermine la présence de la sérosité, on trouve une résistance des téguments telle que le doigt n'y détermine aucune empreinte par la pression. Dans ces cas, en effet, la peau est tellement tendue, que les parties du corps affectées de cet œdème offrent une consistance pierreuse; il est impossible de les saisir entre les doigts, et, si l'on cherche à y exercer une pression, on éprouve la même sensation que si l'on avait affaire à une statue de marbre, de plâtre ou de carton-pierre. J'ajouterai que, dans les régions ainsi affectées, la sensibilité est normale et qu'elle n'est ni augmentée, ni diminuée.

Chez une dame belge, à laquelle j'ai donné mes soins récemment, et qui présentait une sclérémie généralisée à toutes les parties du corps, la face exceptée, le gonflement était plus marqué le soir après la marche, comme

cela s'observe dans l'œdème véritable. Mais cet œdème avait tous les caractères de la sclérodermie : la tension, la dureté et surtout la consistance pierreuse que j'ai déjà signalées.

Ce sclérème œdémateux est quelquefois localisé, tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux membres inférieurs, mais aussi il peut être général et envahir le tronc et les membres. Chez la dame que je viens de citer, l'œdème était universel et n'avait respecté que la face. Chez elle, les seins avaient une consistance toute spéciale : il semblait, en les pressant, que l'on eût affaire à un ballon de caoutchouc complètement gonflé, et que la peau fût soufflée et distendue par de l'air. En outre, de chaque côté, au-dessous des seins, on remarquait une saillie beaucoup plus dure, déterminée par un repli de la peau et existant d'une façon symétrique à droite et à gauche. Cette malade, qui resta soumise à mon observation pendant plusieurs mois, était dans cet état depuis un an.

Cette variété de sclérodermie, qui a une ressemblance très grande avec l'œdème ordinaire, peut être considérée comme un œdème dur, et a un très grand rapport avec le sclérème des nouveaux-nés; elle ne s'accompagne jamais de ces taches pigmentaires ou vasculaires qu'on rencontre quelquefois dans les autres espèces dont je vais parler.

2° *Sclérodermie en plaques, sclérodermie lardacée.* — La sclérodermie en plaques, qui constitue la seconde variété, diffère tout à fait de la précédente. Alors, en effet, la maladie procède ordinairement par plaques d'une étendue variant depuis les dimensions d'une pièce de un à cinq francs, jusqu'à la largeur de la main, et plus. Dans les régions occupées par ces plaques, la peau est ordinairement blanche, déprimée, d'une consistance analogue à celle du cuir. Ces plaques sont tantôt uniques,

tantôt multiples, et elles apparaissent en différentes parties du corps. D'autres fois elles s'étendent, se réunissent et finissent par occuper une étendue assez considérable. J'ai vu des malades dont la presque totalité du corps était envahie par l'induration et la sécheresse de la peau caractéristiques de la maladie. Dans ces cas, les fonctions des diverses régions du corps sur lesquelles ces lésions se sont manifestées sont considérablement entravées : c'est ainsi qu'il est impossible aux malades d'étendre ou de fléchir les membres, et que les mouvements de flexion et de rotation de la tête ne peuvent plus être exécutés lorsque la lésion siège dans le cou. Il n'est pas rare de voir la maladie envahir la face : la peau paraît alors collée sur les os ; le tissu musculaire, le tissu graisseux, semblent avoir complètement disparu, ce qui donne à la face un aspect de momification étrange. Il résulte de cet état l'impossibilité pour le malade de faire les mouvements nécessaires à l'émission de la parole et à l'expression de la figure. Dans certains cas encore, la bouche, les lèvres, sont elles-mêmes rétractées ; les yeux, les orifices naturels, sont considérablement rétrécis et entravent l'exercice de diverses fonctions.

Non seulement cette affection peut occuper des régions très étendues, mais il est encore des cas dans lesquels elle gagne l'intérieur. On a vu, en effet, les muqueuses linguale et buccale, la langue, le voile du palais, le pharynx, participer à cette dureté et à cette sécheresse de la peau. A la vérité ces exemples sont rares, mais des faits de ce genre ont été signalés : Hallopeau, entre autres, a rapporté une observation d'induration et de racornissement de la langue.

Néanmoins, avec cette altération spéciale de la peau, on observe peu de troubles fonctionnels. Quelquefois cependant, rarement il est vrai, il existe une légère diminution de la sensibilité tactile, mais jamais de dou-

leurs vives, jamais de démangeaisons; à peine, dans certains cas, les malades accusent-ils quelques élancements.

Enfin, dans cette variété, on a souvent remarqué des taches pigmentaires, signalées pour la première fois par Putegna, et plus rarement quelques plaques ou quelques lignes de vitiligo. De plus, on peut observer encore, chez les individus atteints de cette sclérodermie, des taches vasculaires, rouges, qui sont de deux sortes : les unes disparaissent sous la pression et dépendent d'un état de congestion des vaisseaux capillaires; les autres, au contraire, permanentes, véritables petites ecchymoses, ne disparaissent pas par la pression du doigt, indiquant ainsi qu'il y a là une véritable extravasation sanguine.

Les taches pigmentaires sont encore plus prononcées dans une variété spéciale de sclérodermie décrite récemment par Kaposi sous le nom de *xérodermie pigmentée* (*xeroderma pigmentosum*), et dans laquelle on observe des taches grises, brunes ou noires, coïncidant avec une induration et un rétrécissement de la peau, particulièrement aux membres supérieurs et à la face. Mais cette maladie, ordinairement congénitale ou du moins débutant dans la première enfance et se terminant habituellement par des ulcérations épithéliomateuses, résultat singulier de l'assemblage de lésions cutanées appartenant aux nævi pigmentaires, à la sclérodermie et à l'épithéliome, paraît s'écarter de la véritable sclérodermie et constituer une affection spéciale dont l'histoire ne peut-être faite qu'après la publication de nouveaux cas. D'ailleurs Kaposi, Gober, et Vidal qui a eu l'occasion, il y a un an, d'observer à l'hôpital Saint-Louis un fait semblable à ceux décrits par Kaposi, ne font pas difficulté de séparer de la sclérodermie la maladie qu'ils désignent sous le nom de xérodermie pigmentée.

3° *Sclérodermie dactylée.* — Enfin, la troisième va-

riété, ou *sclérodermie des extrémités*, *sclérodermie dactylée*, se rencontre surtout aux extrémités supérieures; à peine cite-t-on dans la science une ou deux observations dans lesquelles elle se soit manifestée aux orteils. Dans cette forme, les doigts deviennent singulièrement effilés, la peau semble adhérer aux os, et enfin les troisièmps phalanges présentent une altération spéciale, consistant dans une atrophie telle, que souvent elles sont réduites au tiers ou au quart de leur volume normal; les ongles eux-mêmes sont détruits en grande partie; les articulations sont déformées, déviées, de telle sorte que la dernière phalange se coude souvent sur la seconde, de manière à former avec celle-ci un angle droit. Mais il faut savoir que dans ces cas il n'existe pas de véritable ankylose, qu'il n'y a pas fusion des os les uns avec les autres, ainsi que l'a démontré le professeur Verneuil (1), mais simplement une contraction permanente des tendons. Outre cette induration et cette adhérence de la peau, outre cette atrophie des dernières phalanges et cette altération des ongles, et enfin cette flexion permanente de la troisième phalange sur la seconde, on remarque une coloration violacée des téguments, disparaissant sous la pression, de petites taches plus ou moins disséminées, plus fréquentes sur la paume de la main, et enfin un travail phlegmasique particulier se manifestant par de petites tournioles, par des bulles cutanées qui, en se rompant, donnent lieu à une ulcération superficielle, laquelle se termine par une cicatrice très-légère, mais jamais par une destruction positive de la peau.

Ce qui rapproche cette affection de la sclérodermie, c'est qu'en même temps qu'existent ces lésions diverses des doigts, on voit, quoique rarement, sur le corps, des

(1) *Gaz. hebdom.*, 1863.

plaques de sclérodermie, et surtout des plaques pigmentaires bien marquées, et l'on peut constater souvent l'induration de la peau propre à cette maladie.

Anatomie pathologique. — De nombreuses recherches ont été faites en France et en Allemagne pour connaître l'anatomie pathologique de la sclérodermie. Des discussions à ce sujet ont eu lieu à la Société de biologie ; et M. Lagrange, entre autres, dans une thèse inaugurale soutenue en 1874, a établi que les lésions propres à la sclérodermie consistaient dans une prolifération considérable de tissu conjonctif dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que dans une augmentation de nombre et de volume des fibres élastiques du derme.

J'ajouterai que le plus souvent on a trouvé une diminution d'épaisseur du corps papillaire, mais qu'on a noté la conservation des glandes cutanées et des filets nerveux. Enfin Vidal a signalé une altération particulière des artères, consistant dans la présence de quelques cellules embryonnaires dans la membrane adventice, dans la gaine lymphatique des artérioles capillaires, dont le calibre se trouvait ainsi diminué de volume. De son côté, M. Vulpian a constaté l'intégrité absolue du système nerveux central. De même aucune altération n'a été révélée dans les nerfs périphériques.

La sclérodermie serait donc caractérisée par un travail irritatif dont la peau serait le siège, lequel amènerait la prolifération du tissu conjonctif et justifierait ainsi ce nom de chorionitis donné par Forget à cette maladie. Ce travail d'inflammation a, du reste, été bien établi par les recherches de Lagrange, qui, de plus, a signalé la présence de quelques leucocytes dans la peau.

Mais pourquoi et comment se produit cette prolifération de tissu conjonctif? Nous l'ignorons. Néanmoins on doit penser qu'il y a dans ces cas une altération, un trouble dans la nutrition, ainsi que l'attestent l'indura-

tion de la peau et l'atrophie des extrémités digitales. Il est donc permis de croire, quoique l'anatomie ne l'ait pas encore démontré, qu'il existe dans ces conditions une altération des nerfs trophiques, ce qu'on appelle aujourd'hui une trophonévrose, très vraisemblablement analogue à celle de la gangrène des extrémités, de la lèpre et du mal plantaire perforant.

Marche de la maladie. — Quant au mode de début, quant à la marche initiale de la sclérodermie, quelle que soit la variété, on ne sait rien de bien précis. Chez ces quelques personnes, il y avait eu précédemment des douleurs rhumatismales; chez une de mes malades, il semblait que l'affection eût débuté par des taches érythémateuses auxquelles avaient succédé l'induration et le retrait des tissus. La maladie s'établit ordinairement peu à peu; on a cité des cas cependant dans lesquels l'induration s'était développée assez promptement. Ce qui est certain, c'est qu'une fois développée, la sclérodermie se prolonge pendant des années et que souvent elle persiste indéfiniment.

Au sujet du *pronostic*, nous dirons que le sclérème œdémateux est la variété qui guérit le plus facilement. Pour ma part, j'ai obtenu en quelques mois la guérison de cette femme belge dont j'ai déjà parlé ; dans les autres formes, la guérison est exceptionnelle, bien que l'on en ait cité quelques exemples.

Diagnostic. — Il est important de faire le diagnostic de la sclérodermie, certaines maladies pouvant être confondues avec elle : tels sont la lèpre, l'asphyxie et la gangrène des extrémités, le rhumatisme noueux, et enfin la kéloïde.

On reconnaîtra la lèpre à ses tubercules, aux ulcérations dont elle est presque toujours accompagnée, à l'altération de la sensibilité en plus ou en moins qu'elle détermine, enfin à la généralisation bien plus grande de la maladie.

L'asphyxie des extrémités dans laquelle on observe également cette coloration violacée que j'ai signalée dans la sclérodermie, est plus difficile à distinguer; mais on doit remarquer qu'il n'existe pas, dans cette affection, d'atrophie des phalanges, pas de flexion de la dernière articulation des doigts; enfin que la peau est lisse, qu'elle n'est pas altérée et qu'elle n'est pas adhérente aux os.

S'agit-il de la gangrène des extrémités, il y a dans son diagnostic différentiel avec la sclérodermie des difficultés très grandes. Mais, dans la gangrène, la destruction des extrémités, au lieu de se faire par atrophie successive et spontanée, s'effectue par la mortification et la chute complète des phalanges.

Pour le rhumatisme noueux, on se rappellera qu'il s'accompagne, en général, de gonflement des articulations et de douleurs vives; que dans cette affection, la distorsion des articulations est peu régulière, qu'elle se fait en zigzag au lieu de se faire à angle droit, et qu'enfin il n'y a pas adhérence de la peau avec les os.

Le diagnostic de la kéloïde méritera beaucoup d'attention; en effet, l'anatomie pathologique démontre que cette affection présente des lésions à peu près semblables à celles de la sclérodermie. Mais, dans la kéloïde, la peau est molle et forme une saillie analogue aux cicatrices qu'on observe chez les scrofuleux.

Étiologie. — La sclérodermie s'observe à tous les âges; on la rencontre surtout chez les femmes : voilà ce que l'on sait de l'étiologie de cette affection. Quant aux causes accidentelles qui la font naître, on a accusé le rhumatisme, les refroidissements, mais sous ce rapport on ne sait rien de positif.

Traitement. — Les moyens de traitement conseillés contre la sclérodermie, quelle que soit sa forme, sont en

général peu efficaces : on a employé sans succès réels, les diurétiques, les purgatifs, les préparations mercurielles, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, l'arsenic.

Dans la sclérodermie œdémateuse, j'ai obtenu deux guérisons avec le jaborandi et les bains de vapeur; une autre fois j'ai constaté une grande amélioration à la suite des bains de vapeur seuls. Dans la sclérodermie en plaques et surtout dans la variété dactylienne, on devra employer, sans grande confiance, les bains sulfureux, les courants continus, et surtout la médication tonique indiquée par l'état de débilité générale qui acompagne ordinairement cette affection passée à l'état d'infirmité.

c. Morphée.

Historique. — Le mot *morphée* paraît avoir été employé par les anciens médecins pour désigner des taches blanches de la peau appartenant à plusieurs affections et particulièrement à la lèpre; et dans les temps modernes la maladie que je vais décrire a été confondue avec le vitiligo, avec la kéloïde, avec l'éléphantiasis, avec la sclérodermie. La première indication distinctive de cette affection paraît être due à Addison, qui l'indiqua en 1854 comme une variété de kéloïde, d'où le nom de *kéloïde d'Addison* qui lui est resté (1). Mais la véritable connaissance de la morphée revient à Erasmus Wilson, lequel, tout en rapprochant la morphée du vitiligo et des taches de la lèpre, a donné de cette affection une description complète et lui a assigné sa place dans la nosologie dermatologique parmi les altérations cutanées dues à un travail régressif. Après Erasmus Wilson, je citerai, parmi les auteurs qui se sont occupés de la morphée : Tilbury Fox, qui n'a fait que répéter la description de

(1) *Collection of the published Writings of the late Th. Addison*, in *New Sydenham Society*. London, 1869.

E. Wilson; sans y rien ajouter; Hutchinson, Crocker, qui s'est livré à des recherches d'anatomie pathologique; Duhring, dont on consultera avec fruit le chapitre consacré à la morphée dans son Traité pratique des maladies de la peau, et le docteur Pautry, un de mes élèves, lequel, s'inspirant des travaux de Vidal, a tracé de la morphée un tableau tout à fait au courant de l'état actuel de la science (1). Je dois ajouter qu'en opposition avec les auteurs que je viens de citer et qui admettent la morphée comme une espèce nosologique distincte, Besnier pense qu'on doit la confondre avec la sclérodermie en plaques, dont, suivant lui, elle ne diffère en rien. Pour ma part, quoique je n'aie vu qu'un bien petit nombre de cas de morphées (quatre cas seulement), d'après mon observation personnelle et surtout d'après les descriptions que j'ai citées, je pense que, par son début, par son aspect particulier et par sa terminaison possible par la guérison, la morphée constitue une espèce morbide distincte, voisine de la sclérodermie en plaques, mais qui doit en être séparée. C'est même cette ressemblance avec la sclérodermie qui m'a engagé à la décrire ici, indûment, dans la classe des difformités, car la morphée, jamais congénitale, susceptible de guérison, n'est pas une difformité dans la véritable acception du mot.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la morphée ont été particulièrement étudiées par Erasmus Wilson, Crocker et Duhring. Elles consistent dans une condensation très marquée du tissu conjonctif du derme, avec une atrophie de la couche papillaire et une infiltration cellulaire autour des glandes sébacées et des follicules pileux; puis plus tard dans la transformation de ces cellules en tissu conjonctif, amenant l'oblitération des vaisseaux sanguins, l'atrophie des glandes sébacées et sudoripares et des follicules pileux.

(1) Pautry, *Thèse de Paris*, 1883.

Symptômes. — La morphée s'annonce au début par l'apparition de quelques taches légèrement saillantes, d'une couleur rosée tirant sur le blanc ou le lilas, de forme ronde, ovale ou irrégulière et de l'étendue de 1 à 3 ou 4 centimètres. Il existe rarement de la douleur, quelquefois les malades se plaignent de fourmillement ou d'engourdissement; ces symptômes sont ordinairement fugaces et peu prononcés. La couleur de cette tache est particulière et a été très bien indiquée par Erasmus Wilson : ce n'est ni la teinte cuivrée de la syphilis, ni la couleur violacée de la scrofule ; c'est une coloration lilas, un peu bleuâtre, qui se retrouve quelquefois dans les éruptions de la lèpre. Du reste, cette couleur est loin d'être la même, et l'on a admis une morphée blanche et une morphée noire, suivant la teinte des taches. Après quelques semaines ou quelques mois de durée, les taches se délimitent très bien; elles prennent une dureté particulière, leur centre se déprime, leur circonférence présente une coloration lilas sur laquelle insiste particulièrement Erasmus Wilson, et autour de laquelle existe quelquefois une pigmentation exagérée. Sur la plaque, la surface de la peau est lisse, elle devient blanche ou jaune clair; son tissu s'endurcit, les poils deviennent rares et grêles; la sécrétion sudorale est faible ou nulle, et quelquefois même la sensibilité cutanée diminue d'acuité : altérations physiologiques qui sont pour Erasmus Wilson une preuve de la diminution de la nervosité et de la vascularisation dans les parties de la peau atteintes.

Les plaques de la morphée se développent particulièrement au cou, au dos, à la face, à la poitrine, aux bras et aux cuisses; elles sont en petit nombre, deux ou trois. Vidal cependant en a compté trente et une chez un malade soumis à son observation. Elles ne sont pas symétriques. Dans quelques cas elles se sont développées sur le trajet

des nerfs, principalement en suivant les divisions du nerf sus-orbitaire (E. Wilson), ou la direction des nerfs intercostaux ou des sciatiques.

Une fois développées et arrivées à la sécheresse et à l'induration, les plaques de la morphée peuvent rester stationnaires pendant très longtemps; leur surface est lisse, ressemble à de l'ivoire et quelquefois présente quelques légères squames. Le plus ordinairement, après un temps variable, elles deviennent le siège d'un travail d'atrophie et se présentent sous la forme de cicatrices déprimées, soit arrondies, soit sinueuses et en forme de rainures; autour de ces cicatrices il existe quelquefois des vaisseaux dilatés ou une zone pigmentée assez prononcée.

Cette modification atrophique est un mode de terminaison de la morphée et une sorte de guérison; mais la disparition complète peut être obtenue, et la tache peut s'effacer sans laisser ni trace ni cicatrice.

Diagnostic. — La morphée se rapproche beaucoup de la sclérodermie en plaques; cependant la coloration lilas de la circonférence, le moindre degré de l'induration, l'absence de lésions sous-cutanées, le peu d'étendue des taches, sont des caractères qui serviront à caractériser la morphée.

Quoique cette maladie ait été décrite tout d'abord sous le nom de kéloïde, il est facile de la distinguer de cette dernière affection : la saillie plus considérable, l'aspect cicatriciel, la coloration rouge habituelle, caractérisent suffisamment la kéloïde.

On pourrait, au premier abord, confondre la morphée avec le vitiligo; mais dans le vitiligo il n'y a qu'une simple altération du pigment, on ne rencontre aucune induration, ni plus tard aucune régression atrophique.

Il est plus difficile de distinguer la morphée des plaques anesthésiques et décolorées de la lèpre; mais, dans

cette dernière affection, les plaques sont plus nombreuses, plus larges, plus anesthésiées, et d'ailleurs la maladie se caractérise par d'autres symptômes variés qui n'existent pas dans la morphée.

Étiologie. — On sait peu de chose sur les causes qui peuvent favoriser le développement de la morphée, affection rare d'ailleurs. D'après les observations connues aujourd'hui et qui ont été résumées dans le travail de Pautry, on voit que la maladie est plus commune chez les femmes que chez les hommes; sur quarante cas, on compte trente femmes et dix hommes seulement. L'âge paraît avoir moins d'influence : on trouve des malades parmi les enfants, davantage parmi les adultes, et deux seulement (sur quarante) après cinquante ans. Les sujets atteints étaient d'une constitution assez frêle; les femmes avaient présenté des troubles assez fréquents de menstruation, et chez plusieurs le début de la maladie avait coïncidé avec une grossesse. Comme cause déterminante on a noté, dans quelques cas, une piqûre de cousin, quelques plaies ou contusions à l'endroit où ont apparu les plaques de morphée, et l'existence antérieure de douleurs névralgiques dans la région atteinte.

Il est impossible de se prononcer aujourd'hui sur la nature de la morphée; mais le développement des plaques observé quelquefois sur le trajet des nerfs, les douleurs névralgiques qui ont parfois précédé l'apparition des taches, la nature des lésions, semblent indiquer une altération du système nerveux analogue à celle qu'on rencontre dans le zona. On peut dire que la morphée doit être considérée comme une trophonévrose.

Le *pronostic* de la morphée est assez grave, puisque cette affection s'établit habituellement d'une manière définitive. On ne doit pas oublier cependant qu'on a cité plusieurs cas de guérison durable.

Traitement. — Il n'existe pas de traitement complè-

tement efficace qu'on puisse opposer à l'évolution de la morphée ; il faut se rappeler seulement que l'affection se développe fréquemment chez des sujets débiles, pendant la grossesse ou la lactation, et alors une première indication s'impose, c'est celle de soutenir et de réparer les forces des malades par une médication tonique comprenant les préparations de fer et de quinquina et par des bains sulfureux ou salés. On a employé aussi l'iodure de potassium, l'arsenic, le nitrate d'argent, la noix vomique. Quant aux moyens topiques, on a conseillé l'application d'emplâtres de Vigo, les frictions avec des pommades iodurées ou à l'extrait de ciguë, les douches d'eau pulvérisée, les courants continus ; je ne saurais affirmer l'efficacité de ces divers moyens.

d. Cachexie pachydermique.

A côté de la sclérodermie et principalement à côté de la sclérodermie œdémateuse, je placerai cette affection singulière décrite récemment sous les noms de *myxœdème* et de *cachexie pachydermique*. C'est en 1873 qu'elle a été décrite pour la première fois par Gull sous le nom d'*état crétinoïde* (1). Quatre années plus tard le docteur Ord publiait six observations semblables, dont une avec autopsie, et en 1879 il y joignait un septième cas également avec autopsie (2). Il proposait de désigner l'affection sous le nom de *myxœdème*, *œdème muqueux*. En France, la maladie était inconnue et n'avait pas fixé l'attention des médecins, lorsque le professeur Charcot en parla dans ses cours cliniques à la Salpêtrière, en 1880, à propos d'un malade qu'il avait eu occasion d'examiner dans sa clientèle privée et dont l'histoire fut publiée par le docteur Ballet dans le *Progrès médical*, en 1880. Le

(1) Gull, *Transact. of the Clinic. Society of London*, vol. VII, p. 180.
(2) Ord, *Medic.-chirurg. Transact.*, 23 octobre 1877.

professeur Charcot rapprocha les phénomènes observés chez ce malade, et chez quelques autres qu'il avait eu occasion de rencontrer, des détails donnés par Gull et Ord, et proposa pour la maladie le nom de *cachexie pachydermique*, qui lui paraissait plus enrapport avec l'habitude extérieure des malades et avec l'état de dépression de leur intelligence. Depuis cette époque, de nouveaux faits ont été publiés en Angleterre par Duckworth, Goodhart, Savage, en Amérique par le docteur Hammond, de New-York, et quelques autres, et tous ces faits, ainsi que les opinions qui ont été émises sur la nature de cet état morbide, ont été bien résumés dans un travail récent écrit sous l'inspiration du professeur Charcot et dû au docteur Ridel-Saillard (Thèses de Paris, 1881), lequel a su réunir toutes les observations connues, au nombre de quatorze.

Anatomie pathologique. — Les occasions d'étudier les lésions anatomiques de la cachexie pachydermique sont rares. Dans les trois autopsies pratiquées en Angleterre, on a rencontré dans la peau les éléments fibrillaires du tissu conjonctif gonflés, ses noyaux augmentés de volume ; on a constaté que le ciment intercellulaire, plus abondant qu'à l'ordinaire, était infiltré d'une substance ressemblant à de la mucine, et que les glandes et les follicules cutanés étaient comprimés. On a trouvé également un épaississement des parois artérielles, et particulièrement de la tunique adventice, allant quelquefois jusqu'à produire l'oblitération. Du côté des viscères on a rencontré, dans les reins l'atrophie des glomérules par épaississement de leur capsule ; dans le foie, une prolifération conjonctive très marquée, et la même tendance à la sclérose dans les muscles et dans la moelle épinière. En un mot, dans les cas de myxœdème, on découvre presque partout une tendance à l'étouffement des éléments propres des organes par la gangue conjonctive.

Symptômes. — Les phénomènes qui caractérisent la cachexie pachydermique sont de deux ordres : les uns appartiennent à l'habitude extérieure et se rapportent à la peau, au tissu sous-cutané et aux membranes muqueuses accessibles à la vue ; les autres sont le résultat de troubles fonctionnels intérieurs. La peau est en effet dure, épaissie, rugueuse, souvent recouverte d'écailles, dégarnie de poils, sans sécrétion ni sudorale ni sébacée ; le tissu sous-cutané est le siège d'une tuméfaction œdémateuse, dure, ne permettant pas l'impression du doigt. Par suite de ce gonflement, la face est bouffie, les paupières sont œdématiées, les lèvres sont épaissies, renversées en dehors ; la bouche, entr'ouverte, laisse échapper la salive ; le nez est élargi, aplati ; la physionomie d'ailleurs est sans expression, les malades ont l'air hébété ; et il résulte de ces déformations un aspect tout particulier du visage que Gull a comparé à une pleine lune. Comme autre bizarrerie et comme contraste à la coloration grise et semblable à de la porcelaine des téguments, on observe la rougeur des pommettes et la cyanose des lèvres. En même temps les gencives sont gonflées, ramollies ; les dents sont ébranlées ; la luette, le voile du palais, les piliers sont œdématiés, et ce gonflement peut s'étendre au pharynx et même au larynx. Pour compléter le tableau, j'ajouterai que le cuir chevelu est infiltré et souvent dégarni de cheveux ; le cou paraît court et épais ; les mamelles sont énormes chez les femmes ; les membres et surtout les mains et les pieds sont le siège d'un gonflement éléphantiaque qui les fait d'autant plus ressembler aux extrémités des pachydermes que la peau est sèche et rugueuse, d'où est venu le nom de *cachexie pachydermique.*

A ces déformations extérieures que je viens de signaler se joignent des troubles fonctionnels importants, surtout du côté du système nerveux : l'appétit est habituellement diminué, les digestions sont laborieuses ; il y a plus rare-

ment des vomissements ou de la diarrhée; on ne rencontre ordinairement rien d'anormal dans l'utérus, à moins que cela ne soit vers la fin de la maladie. Mais ce qui domine surtout, c'est une dépression nerveuse générale : la sensibilité est émoussée, les mouvements sont lents, difficiles; il y a de la parésie; l'intelligence est affaiblie, quelquefois troublée de manière à simuler la manie; la vue est diminuée d'acuité, et lorsque la maladie survient chez de jeunes enfants, l'intelligence ne se développe pas. Suivant l'observation de Charcot, c'est là une variété particulière d'idiotie.

Comme phénomène habituel, en rapport avec l'alanguissement de l'organisme, on constate encore d'une manière presque constante un abaissement de température : les malades ont toujours froid, même en été; ils recherchent la chaleur artificielle, et leur température descend au-dessous de la normale à 36°, 35° et même 34°,4 (température axillaire).

Marche, terminaison. — La cachexie pachydermique caractérisée par cette déchéance physique et intellectuelle se développe ordinairement peu à peu, et l'on ne constate son existence que lorsqu'elle est arrivée à un certain degré; alors elle suit une marche lente, mais progressive, avec des rémissions temporaires possibles. Elle peut se prolonger ainsi pendant cinq, dix ou douze années. La mort survient, soit par suite de cet affaiblissement graduel avec abaissement considérable de la température, soit, plus souvent, par le fait d'une complication survenue du côté des poumons, du cœur ou des reins.

Diagnostic. — La sécheresse de la peau, l'œdème dur sous-cutané, l'aspect de la face, le gonflement éléphantiaque des membres, l'affaissement intellectuel, la parésie et l'anamnésie, l'abaissement de la température, donnent à la cachexie pachydermique un aspect tellement particulier qu'il est facile de la reconnaître, loqurs'on la ren-

contre, pour peu qu'on soit instruit de l'existence de cette espèce nosologique. Je pense inutile d'insister sur les différences qui la séparent de l'ichthyose et de la sclérodermie, affections dans lesquelles il n'existe ni œdème, ni affaiblissement du système nerveux. Quant aux maladies des reins et de l'appareil circulatoire qui peuvent amener de l'œdème, elles se distinguent par des phénomènes tellement spéciaux, que je n'ai pas besoin de les détailler; d'ailleurs l'œdème dur, non dépressible du myxœdème, et la déchéance qui l'accompagne, sont des caractères propres qui ne permettent aucune confusion. Il n'y aurait véritablement de diagnostic différentiel à établir que pour l'éléphantiasis des Arabes ; mais encore, dans cette dernière affection, le gonflement n'est jamais général, il n'atteint qu'une partie limitée du corps et plus particulièrement une extrémité, et l'on n'observe jamais cet affaiblissement organique et intellectuel qui forme un des traits si caractéristiques de la cachexie pachydermique.

Pronostic. — La cachexie pachydermique est une maladie lente, progressive, qui peut présenter des rémissions plus ou moins complètes, mais qui n'est pas susceptible de guérison.

Étiologie. — Il y a peu de chose à dire sur les causes qui peuvent amener la maladie. Plus commune chez les femmes, elle ne leur est pas exclusive, comme l'avaient cru les premiers observateurs, Gull et Ord. Sur 14 observations rapportées dans le travail de Ridel-Saillard, on trouve 11 femmes et 3 hommes. L'âge ne paraît pas avoir une grande influence : la maladie s'est développée plus souvent chez les adultes; mais on a observé quelques cas chez les enfants, dont le développement intellectuel et physique s'est trouvé arrêté et qui sont restés de véritables idiots. Comme cause occasionnelle, on a rencontré souvent l'existence d'un chagrin profond un peu antérieur à la maladie.

Nature. — Dans l'état actuel de la science, il est difficile d'apprécier la nature de la cachexie pachydermique. Ce n'est pas une maladie de la peau, ce n'est pas une difformité, mais bien plutôt une affection qui aboutit à l'infirmité, et ce n'est qu'à cause de ses rapports apparents avec la sclérodermie et l'éléphantiasis que j'en ai parlé ici. Il est évident d'ailleurs que, si l'on envisage le caractère général de déchéance nerveuse qui la caractérise, c'est dans les affections encore mal connues du système nerveux qu'il faudrait la classer, et non dans le cadre beaucoup trop étroit des maladies de la peau.

Traitement. — Quant au traitement, j'ai peu de chose à dire : d'une manière rationnelle on a conseillé les toniques, les bains sulfureux, le massage, l'exercice musculaire, la gymnastique ; mais jusqu'à présent on ne peut citer aucun moyen capable d'entraver d'une manière notable la marche progressive de la maladie.

e. Éléphantiasis des Arabes.

L'éléphantiasis des Arabes, n'est pas à proprement parler, une maladie de la peau, les lésions qui la constituent existant surtout dans les tissus sous-cutanés ; néanmoins, comme l'enveloppe cutanée est intéressée et comme l'affection commence souvent par la peau, j'ai cru pouvoir en placer ici la description ; elle peut d'ailleurs être intercalée dans la classe des difformités, à cause du peu de trouble qu'elle apporte dans la santé générale et à cause de sa longue durée et de sa résistance aux moyens de traitement.

L'éléphantiasis des Arabes, appelé aussi *pachydermie*, est caractérisé par une hypertrophie partielle de la peau et des tissus sous-jacents, amenant une augmentation de volume ordinairement considérable des régions affectées. Comme cette maladie siège plus spécialement aux

extrémités inférieures, le nom d'éléphantiasis lui a été donné à cause de la ressemblance du pied et de la jambe des malades avec un pied d'éléphant. On a désigné aussi cette maladie sous la dénomination de *mal des Barbades*, à cause de sa fréquence parmi les habitants de cette région.

Anatomie pathologique. — Outre le gonflement et la déformation, on trouve dans l'éléphantiasis des lésions multiples, qui atteignent les diverses parties constituantes de la région affectée : c'est ainsi que la couleur de la peau est plus foncée ; que le derme présente une dureté et une épaisseur plus considérables qu'à l'état normal ; le tissu cellulaire sous-cutané est lardacé, il crie sous le scalpel ; les muscles, les vaisseaux, paraissent confondus dans une masse jaunâtre, homogène, de laquelle s'écoule une sorte de sérosité ou de lymphe claire ou jaunâtre. Il existe quelquefois au milieu de ces tissus des espaces limités remplis de lymphe.

Les veines sont souvent dilatées, variqueuses, oblitérées. Plus souvent encore les vaisseaux lymphatiques sont très apparents, épaissis, indurés, dilatés, tortueux, et contiennent une grande quantité de lymphe ; les ganglions lymphatiques sont presque constamment augmentés de volume et très indurés. Ces altérations du système lymphatique avaient déjà été indiquées par Alard en 1824 (1), qui avait eu le tort de faire jouer à ces lésions un rôle exclusif dans la production de l'éléphantiasis. Enfin quelquefois on a trouvé les os eux-mêmes épaissis, sclérosés, avec des productions d'ostéophytes, plus rarement cariés ou nécrosés.

A l'examen microscopique, on a constaté l'augmentation du pigment, dans le derme la multiplication et la condensation des fibres, dans le tissu cellulaire sous-cutané

(1) Alard, *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés.* 2e édit., Paris, 1824, in-8.

des cellules plasmatiques de tissu conjonctif en grande abondance; quelques glandes cutanées, et particulièrement les glandes sudoripares, sont altérées dans leur endothélium devenu vitreux; les muscles présentent une dégénérescence graisseuse; les veines et les artères ont leur tunique adventice épaissie; les vaisseaux lymphatiques sont élargis, dilatés par places en ampoules et remplis de lymphe. Et là encore le microscope démontre des lésions très accentuées dans le système lymphatique, lésions qui peuvent être pour beaucoup dans la production de cet œdème spécial qui constitue l'éléphantiasis, et qui est certainement différent de l'œdème consécutif à l'oblitération veineuse.

Symptômes. — L'éléphantiasis des Arabes débute par des poussées d'érysipèle ou de lymphangite, ou même d'érythème, qui n'ont d'abord rien de particulier, si ce n'est qu'à la suite de ces accès il persiste sur la partie affectée un léger gonflement. Ces poussées inflammatoires se répètent à des intervalles variant depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois, et à chaque atteinte le gonflement et l'induration augmentent de telle sorte que la région malade devient le siège permanent d'un œdème dur, sans altération de la peau. Plus tard la déformation de la région atteinte devient plus considérable; la peau, sauf une sécheresse très marquée, conserve quelquefois son aspect normal, mais elle est plus souvent épaissie, rugueuse, quelquefois même d'une couleur brune, et elle ressemble alors à l'enveloppe cutanée des pachydermes. Dans quelques cas, les ganglions lymphatiques voisins sont volumineux et durs; les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, mais plus rarement, sont également dilatés et deviennent apparents sous la peau. Le volume de la partie malade augmente toujours, et elle peut prendre des dimensions énormes, dont il est difficile de se faire une idée, sans en avoir vu des exemples.

Malgré cet état local, il n'existe pas de phénomène subjectif, en dehors de la gêne et de la pesanteur qui résultent de la déformation et de l'augmentation de volume ; il n'y a de douleur et de chaleur, ainsi que quelques phénomènes généraux fébriles, que dans le moment des poussées aiguës ; dans l'intervalle de ces accès, la santé générale est conservée et les fonctions nécessaires à l'existence continuent régulièrement.

L'éléphantiasis des Arabes peut se développer à peu près dans toutes les régions, mais il affecte une préférence marquée pour les membres inférieurs et pour les parties génitales ; le bras et la main peuvent être atteints, mais moins communément ; la maladie se développe plus rarement encore à la face, aux oreilles, au front, à la nuque ; elle est tout à fait exceptionnelle au tronc.

Lorsque le membre inférieur est atteint, la maladie n'existe ordinairement que d'un seul côté, et elle envahit plus particulièrement la jambe et le pied. Après plusieurs accès d'érysipèle ou de lymphite, quelquefois très courts et très légers, le gonflement œdémateux augmente graduellement et acquiert des proportions considérables ; le membre se déforme de plus en plus : la jambe se continue presque sans interruption avec le pied, devenu également rond et épais ; un simple sillon profond, mais quelquefois comblé par des débris épidermiques, les sépare. La peau est sèche, verruqueuse, sans poils, grise ou noire, et dans ces cas l'extrémité inférieure ressemble parfaitement à un pied d'éléphant. Tout le membre est dur ; il est impossible de soulever la peau en la pinçant, et il semble que toutes les parties constituantes de la région soient confondues en une seule masse solide.

Dans quelques formes plus rares, au lieu d'un gonflement uniforme, on peut rencontrer des indurations isolées, linéaires ou en plaques, reposant toujours sur un

œdème dur qui occupe toute la région. Quelquefois aussi sur la partie déformée il existe, soit des fissures, soit des ulcérations accidentelles ou spontanées, à suppuration sordide, nues ou recouvertes de croûtes et n'ayant aucune tendance à la guérison.

Chez l'homme, et particulièrement dans les pays tropicaux, l'éléphantiasis envahit fréquemment le scrotum et le pénis, soit séparément, soit simultanément. La verge devient alors volumineuse, mollasse, et se termine souvent en tire-bouchon, comme lorsqu'elle est atteinte d'œdème; le prépuce est énorme, et l'on y voit une dépression superficielle, en forme d'entonnoir, par laquelle s'écoule l'urine. Au scrotum la maladie débute par un empâtement mollasse qui se développe à la base des bourses, puis la tumeur augmente, envahit toutes les parties voisines, le pénis, la peau des cuisses et de la partie inférieure de l'abdomen. Ces tumeurs peuvent acquérir des dimensions considérables, de manière à peser dix, quinze, vingt livres et plus, et à descendre jusqu'aux genoux. Dans ces circonstances, les fonctions génitales sont nécessairement entravées, mais les désirs vénériens persistent chez les hommes adultes.

Chez la femme, la maladie se développe surtout au clitoris, aux grandes et aux petites lèvres; ces deux replis, unis au prépuce du clitoris devenu œdémateux, sont souvent pédiculés et pendent en dedans des cuisses sous la forme de tumeurs allongées dans lesquelles il est bien difficile, au premier abord, de reconnaître le point d'origine de la maladie. On a dit que dans l'éléphantiasis du scrotum et dans celui des parties génitales de la femme, l'érysipèle du début manquait habituellement; je n'ai pas été à même de vérifier cette assertion. Dans ces régions atteintes d'éléphantiasis, la peau est ordinairement brune, mais il est rare qu'elle acquière la dureté et la rugosité qu'on rencontre à la jambe et au pied.

A l'avant-bras et à la main, l'éléphantiasis acquiert un volume bien moindre qu'aux extrémités inférieures : le gonflement existe surtout au dos de la main et aux doigts ; la partie palmaire, dans laquelle se rencontrent surtout des tendons et des aponévroses, conserve à peu près son aspect normal. A la face, aux paupières, aux lèvres, aux pommettes, aux oreilles, au front, l'éléphantiasis se manifeste seulement par un gonflement sous-cutané modéré et circonscrit, sorte de bouffissure unie à une rougeur brune de la peau.

Marche, durée, terminaison. — L'éléphantiasis des Arabes est une maladie essentiellement chronique ; débutant d'une manière insidieuse par des rougeurs érysipélateuses, le gonflement de la partie affectée augmente incessamment après chaque processus inflammatoire et même dans leurs intervalles, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années, quelquefois au bout de dix, quinze ou vingt ans, que la maladie arrive à un volume considérable et à une déformation complète de la partie affectée. Une fois établie, l'affection progresse ou reste stationnaire, mais elle ne rétrograde pas habituellement; la difformité est acquise et persiste indéfiniment ; la santé générale étant intacte d'ailleurs, à moins de complications, lesquelles peuvent survenir et entraîner la mort. Ces complications sont principalement des phlébites, des phlegmons profonds, des gangrènes.

Diagnostic. — Le gonflement ligneux circonscrit qui caractérise l'éléphantiasis des Arabes, la déformation des parties atteintes, les érysipèles récidivants, rendent ordinairement facile le diagnostic de cette maladie. On ne pourrait la confondre qu'avec un œdème local ; mais dans cette dernière affection, toujours symptomatique, la dureté, le gonflement, ne sont jamais si marqués, la peau est normale et amincie, plutôt pâle que foncée ; la durée n'est jamais si longue, et la déformation n'acquiert jamais un degré aussi considérable.

Pronostic. — Sous le rapport de la guérison, le pronostic est grave. On ne peut guère réussir à arrêter les progrès du mal que dans ses premières périodes : plus tard la maladie passe à l'état d'infirmité, et, dans certains cas de déformation considérable, elle peut amener une grande gêne dans les mouvements ; mais la vie n'est pas menacée, à moins qu'il ne survienne quelqu'une des complications que je viens de citer. On comprend d'ailleurs que la misère et les mauvaises conditions hygiéniques puissent aggraver le pronostic en accélérant la marche envahissante de la maladie et en favorisant les complications. Les poussées érysipélateuses du début se terminent ordinairement d'une manière favorable, et elles ne sont fâcheuses que par l'impulsion qu'elles communiquent au processus éléphantiasique.

Etiologie. — Le climat et la race doivent être placés au premier rang des causes prédisposantes pour la production de l'éléphantiasis des Arabes. C'est dans les pays chauds, dans les Barbades, au Brésil, au Mexique, en Arabie, en Egypte, qu'on observe le plus grand nombre de cas de cette maladie ; cependant on peut en rencontrer encore dans les pays tempérés, en Europe et en France. On a accusé la misère, l'impaludisme, les mauvaises conditions hygiéniques, le travail dans les marécages, les jambes étant continuellement baignées dans l'eau : j'admets certainement ces causes comme efficientes pour développer la maladie dans des conditions climatiques favorables ; mais l'éléphantiasis se développe aussi chez des individus aisés, non exposés à ces conditions fâcheuses dont je parlais tout à l'heure, et, pour ma part, j'ai vu un assez grand nombre de malades étrangers venus de pays où règne l'éléphantiasis et vivant dans de bonnes conditions sociales ; bien entendu, nous ne voyons que ceux-là à Paris, les pauvres ne pouvant pas entreprendre un voyage long et dispendieux. Dans nos cou-

trées, le plus souvent il a été impossible d'assigner une cause aux cas rares qui ont été observés.

On a accusé l'érysipèle, et surtout les érysipèles répétés, d'amener l'éléphantiasis; je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'on a pris là l'effet pour la cause, et que les érysipèles ou plutôt les lymphites à répétition appartiennent à la maladie à son début. Avec plus d'apparence de raison on a considéré comme une des causes possibles de l'éléphantiasis les ulcères des jambes, les ulcérations chroniques dues à la syphilis et à la scrofule, l'engorgement des ganglions lymphatiques, les cicatrices très rétractées; dans ces circonstances, en effet, une région et particulièrement la jambe et le pied peuvent être affectés d'un gonflement dur avec déformation considérable des parties affectées : j'ai vu de ces cas, surtout chez des scrofuleux atteints de lupus ulcérés aux jambes et même aux avant-bras. Mais sont-ce bien là de véritables éléphantiasis? Je ne le pense pas, et je crois qu'il s'agit là bien plutôt d'un œdème dur ayant seulement l'apparence de la maladie des Arabes. Ce qui me le ferait penser encore, c'est que dans quelques-uns de ces cas j'ai vu le gonflement disparaître avec l'ulcération, sous l'influence d'un traitement approprié à la nature de la maladie.

Traitement. — Aucune médication interne ne réussit contre l'éléphantiasis des Arabes. Au début seulement et lors des poussées inflammatoires du côté de la peau et des lymphatiques, on doit prescrire des boissons rafraîchissantes, quelques purgatifs et quelquefois du sulfate de quinine, surtout s'il s'agit d'individus soumis aux miasmes paludéens; on ajoutera des applications émollientes, le repos, et surtout des précautions hygiéniques à continuer après l'accès inflammatoire. C'est surtout en effet sur l'absence de fatigue, sur une vie calme, exempte de tout excès; et sur un changement de climat qu'il faut

compter pour arrêter les progrès de la maladie au début et pour la maintenir à un degré supportable.

Une fois arrivé à la période d'état, l'éléphantiasis n'est justiciable que des moyens chirurgicaux. Un des meilleurs remèdes consiste, lorsque le siège du mal le permet, dans la compression méthodique exercée au moyen d'une bande de caoutchouc appliquée sur une couche assez épaisse d'ouate entourant le membre malade. J'ai vu plusieurs fois, non des guérisons complètes, mais des diminutions de gonflement obtenues à l'aide de ce procédé, aidé de bains sulfureux, dans les cas d'éléphantiasis des jambes et des bras. Mais la compression doit être bien faite, elle doit être appliquée pendant très longtemps ; et, comme il est rare qu'elle ne soit pas interrompue par quelque incident pathologique et particulièrement par des érysipèles, et comme, d'une autre part, les malades se fatiguent d'un traitement aussi lent, il est rare qu'on puisse tirer de ce moyen tout le parti désirable.

On a employé inutilement des ponctions capillaires des scarifications, même de larges incisions, des injections sous-cutanées substitutives avec une solution de nitrate d'argent (Luton). Dans le but théorique d'agir sur la nutrition de la partie malade et d'en amener l'atrophie, on a proposé la ligature ou la compression de l'artère principale de la région, et la guérison n'a été obtenue que dans des cas tout à fait exceptionnels et même douteux. Enfin on a eu recours à l'ablation du membre ou de la tumeur éléphantiasique, et ce dernier moyen seul a donné des résultats heureux. On peut hésiter à l'amputation d'un membre, lequel à la rigueur peut encore servir ; mais lorsqu'il s'agit d'éléphantiasis des parties génitales, l'ablation par l'instrument tranchant est parfaitement indiquée, et la science possède un assez grand nombre de succès complets obtenus dans ces circonstances chez l'homme et chez la femme, alors même que les

tumeurs avaient acquis un développement très considérable.

DEUXIÈME CLASSE

INFLAMMATIONS LOCALES

Cette seconde classe comprend les inflammations de la peau qui constituent une maladie locale, indépendante d'une cause diathésique spéciale. Le type le plus parfait de cette classe se trouve dans les inflammations de la peau artificielles, provoquées par des frictions ou des applications de substances irritantes ; la cause est ici presque traumatique, et la maladie qui se développe est bien une inflammation locale, une véritable *dermite*. Mais à côté de ces maladies simples et incontestablement locales, il en est d'autres caractérisées principalement par des phénomènes inflammatoires cutanés et qu'on ne peut rattacher d'une manière bien évidente à aucune diathèse spéciale : tels sont certains cas d'érythème, l'ecthyma, le zona, le pemphigus. Quelques auteurs ont voulu les considérer comme des fièvres éruptives, et il est évident que certains érythèmes généralisés, pour ne parler que de ceux-là, sont, comme la variole et l'érysipèle, de véritables fièvres éruptives, que Bazin a heureusement qualifiées de *pseudo-exanthèmes*. Mais, dans l'état actuel de la science, je ne crois pas qu'on puisse en dire autant de l'ecthyma, du zona, du pemphigus et de l'acné, qui sont caractérisés principalement par des phénomènes inflammatoires siégeant à la peau, et dont les symptômes généraux, lorsqu'ils existent, paraissent être sous la dépendance de l'inflammation locale, et sont ainsi consécutifs et non primordiaux, comme dans les maladies générales. Malgré les critiques faites contre cette classe d'inflammations locales de la peau, je crois

donc devoir la conserver, et j'y placerai d'abord les *dermites simples*, maladies artificielles ou provoquées, puis l'*érythème*, l'*ecthyma*, le *zona*, le *pemphygus*, l'*acné*, le *strophulus*, le *prurigo* et la *dermite exfoliatrice*.

§ 1. — Éruptions artificielles provoquées.

a. Éruptions artificielles par action locale.

Dans ce chapitre d'inflammations cutanées tout à fait accidentelles, on doit d'abord placer les lésions traumatiques de la peau, les érosions, les plaies qui résultent de l'action d'une cause physique ou mécanique, de même que les brûlures et les gelures consécutives à l'action du calorique ou du froid. Mais ces maladies sont du ressort exclusif de la chirurgie, et je n'ai pas à en parler ici ; je dois seulement indiquer que chez les individus atteints d'une diathèse, et particulièrement chez les herpétiques, la lésion traumatique peut être le point de départ occasionnel d'une éruption spéciale qui se manifeste alors avec ses caractères propres. C'est là une complication des plaies et des contusions qu'on a occasion d'observer assez souvent. Le traumatisme, dans ces cas, a sollicité le réveil de la diathèse, ainsi que le professeur Verneuil l'a si bien démontré.

Mais à côté des lésions traumatiques de la peau se trouvent des maladies, également de cause mécanique ou physique, qui sont le résultat de frottements, de frictions simples ou d'applications de substances irritantes, médicamenteuses ou autres, telles que l'alcool camphré, la térébenthine, l'iode, l'huile de croton, la pommade stibiée, les liniments ammoniacaux ou autres, les emplâtres de poix de Bourgogne, de thapsia, etc. Ces affections sont inflammatoires et se rapportent habituellement aux diverses variétés de l'érythème. Quelques substances

cependant déterminent des éruptions spéciales qui peuvent, par leurs seuls caractères, permettre de reconnaître la nature de l'agent morbifique; c'est ainsi que l'inflammation bulleuse permet de faire supposer l'action d'une substance vésicante, et particulièrement de la cantharide.

Quelle que soit d'ailleurs la substance nuisible; quelle que soit la forme particulière que présente l'éruption artificielle, forme qui varie souvent avec l'agent nuisible, ces affections ont quelques caractères spéciaux qui peuvent servir à faire reconnaître leur nature accidentelle. C'est ainsi que ces affections siègent souvent aux parties découvertes, à la face, aux mains, plus exposées que les régions couvertes à l'action des substances liquides ou pulvérulentes. Les éruptions dites professionnelles, c'est-à-dire celles qui sont le résultat d'une profession dans laquelle on emploie des substances chimiques irritantes, se développent surtout aux mains et aux avant-bras; des mains, ces agents chimiques peuvent être transportés par le contact à la face et aux parties génitales, ainsi que cela se voit pour les ouvriers qui emploient les préparations arsénicales, et y déterminer le même effet.

A côté du siège, qui peut se rencontrer d'ailleurs dans toutes les régions où a agi la cause productrice, la dermite artificielle présente encore souvent comme un caractère particulier d'être bien délimitée, de n'exister que dans l'endroit seul où a eu lieu l'application irritante. C'est ainsi qu'on trouvera une éruption ayant une forme, une étendue déterminée après l'application d'un emplâtre, après une friction avec une substance irritante, et cette éruption sera complètement localisée à l'endroit où l'emplâtre a été placé, où la friction a été faite. Cette délimitation se voit moins dans les affections diathésiques, habituellement plus diffuses et plus disposées à la symétrie.

Le genre de l'éruption artificielle est variable, et peut se rapporter aux taches exanthématiques, comme dans l'érythème consécutif à une friction rude, aux papules, aux vésicules, aux pustules, comme on le voit à la suite de frictions stibiées, aux bulles même, comme après l'application des préparations de cantharides et à la suite de brûlures; mais souvent aussi on trouve dans les éruptions artificielles un mélange de plusieurs lésions élémentaires, c'est-à-dire simultanément des taches exanthématiques, des papules, des vésicules et des pustules. Sous ce rapport, je puis citer comme exemple ce qui se voit sur la partie de la peau où a été appliqué un emplâtre de thapsia, et où l'on peut constater l'existence de taches rouges, de papules, de vésicules et de pustules confusément réunies et bien localisées dans la région où a été appliqué l'emplâtre. Suivant Bazin, ce caractère de confusion des lésions élémentaires appartiendrait aux éruptions artificielles et pourrait servir à les distinguer des affections cutanées diathésiques. J'accorde que la confusion des genres peut se rencontrer en effet dans les dermites artificielles, mais on la trouve aussi dans quelques affections herpétiques, et particulièrement dans l'eczéma.

Il n'y a rien à dire de spécial relativement aux sensations subjectives déterminées par le développement des éruptions artificielles : elles donnent lieu habituellement à de la chaleur, à de la cuisson, et plus souvent à des démangeaisons souvent très vives. Ces symptômes locaux sont variables d'intensité, suivant la durée et l'étendue de l'application de l'agent nuisible et suivant aussi la susceptibilité de la personne malade. Il est rare qu'on observe des phénomènes généraux, de l'anorexie, de la céphalalgie, de la fièvre; en cas de douleurs ou de démangeaisons, j'ai constaté plusieurs fois de l'insomnie pendant plusieurs nuits.

La marche de ces dermites accidentelles est ordinairement aiguë et rapide; dès que la cause a cessé d'agir, la maladie se termine par résolution au bout de peu de jours, et cette terminaison rapide et spontanée est encore un caractère spécial à noter. Mais lorsque l'application de substances irritantes est habituelle, comme cela arrive dans certaines professions, l'éruption peut être durable, permanente et acquérir une intensité telle, qu'elle impose la cessation de la profession. Quelquefois cependant, au bout d'un certain temps, après plusieurs poussées éruptives, il se fait une accoutumance, et le travail, nuisible d'abord, peut être continué sans inconvénient autre que de la rudesse et une teinte foncée de la peau dans les régions exposées au contact irritant.

J'ai déjà dit et je répète que chez les sujets herpétiques les éruptions artificielles sont souvent le point de départ d'une des formes de l'eczéma, qui se développe alors avec ses caractères particuliers et qui vient se substituer à la maladie accidentelle.

Le traitement des dermites artificielles est bien simple. Il consiste d'abord dans la soustraction de la cause, dès qu'elle est reconnue, et dans l'emploi de topiques émollients, tels que des lotions avec l'eau de guimauve ou l'infusion de fleurs de sureau; dans l'application de cataplasmes émollients de fécule de pomme de terre ou de farine de riz, dans des bains émollients locaux et généraux, plus tard dans l'emploi de poudres d'amidon ou de lycopode. Il est rare qu'il faille avoir recours à des purgatifs ou à une médication plus énergique. Il est nécessaire seulement de soumettre les malades à une certaine hygiène alimentaire en les privant de vin pur, de café et de liqueurs alcooliques. On devra également leur défendre les veilles et les fatigues; et chez les gens nerveux, tourmentés par des cuissons vives ou des démangeaisons, on pourra combattre l'insomnie à l'aide de quelques narco-

tiques, et particulièrement à l'aide d'une dose modérée de chloral.

b. Éruptions artificielles provoquées par l'administration de certains médicaments donnés à l'intérieur.

Après avoir parlé des affections inflammatoires de la peau qui sont le résultat du contact direct de certaines substances, je dois encore indiquer les éruptions qui surviennent à la suite de l'administration interne de quelques médicaments, éruptions auxquelles Bazin a donné le nom d'*éruptions pathogénétiques*. Je signalerai particulièrement ici les affections cutanées produites par les résineux, par la belladone, par l'arsenic, par les iodures et les bromures, par le chloral, etc.

1° Éruptions produites par les résineux.
Érythème copahique.

Chez les personnes qui ont pris des substances résineuses, il peut survenir une éruption spéciale, et comme cet accident arrive plus fréquemment à la suite de l'administration du copahu, cette éruption est désignée habituellement sous le nom d'*érythème copahique*.

La maladie débute souvent par un léger mouvement fébrile caractérisé par quelques frissons, par de la céphalalgie, de l'inappétence, quelques douleurs vagues dans les membres, par une faible augmentation de la température et de la fréquence du pouls. Peu de temps après l'apparition de ces phénomènes généraux, quelquefois même en même temps qu'ils se manifestent, survient sur diverses régions du corps une éruption formée de taches d'un rouge vineux, légèrement saillantes, ordinairement arrondies, de la dimension d'une lentille ou d'une pièce

d'un franc, tantôt disséminées et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, tantôt confluentes et se confondant les unes avec les autres. Cette éruption s'accompagne de chaleur à la peau et d'une démangeaison ordinairement très vive, provoquant le grattage et amenant l'insomnie. L'érythème est quelquefois général, et alors il peut y avoir un peu de gonflement de la face, des mains et des pieds; d'autres fois l'éruption est localisée à certaines régions seulement, et plus particulièrement alors aux poignets, aux mains, aux genoux, aux malléoles et aux pieds.

L'érythème copahique est de courte durée, surtout si l'on cesse le médicament au moment de son apparition : après deux ou trois jours, les taches s'affaissent, leur couleur s'affaiblit, les démangeaisons diminuent, puis disparaissent, et tout est terminé au bout de quatre à six jours. Si cependant le malade continue à prendre la substance résineuse, l'éruption peut se prolonger ou même reparaître après quelques jours d'amélioration.

On a dit que l'érythème copahiqne se compliquait quelquefois d'eczéma ; cela peut être observé en effet chez les personnes disposées aux éruptions eczémateuses, et dans ces cas j'ai vu plusieurs fois l'eczéma persister après la disparition de l'éruption artificielle.

L'érythème copahique est souvent méconnu, et il peut être confondu soit avec une rougeole, soit avec une urticaire, soit avec un érythème de tout autre nature, les malades n'avouant pas toujours qu'ils ont pris des substances résineuses et tâchant de dissimuler l'existence de la maladie qui a donné l'occasion de l'administration du médicament. Pour éclairer le diagnostic, outre l'intensité de l'éruption et des démangeaisons, on devra toujours examiner le méat urinaire, qui présente habituellement une rougeur circulaire, en cas de blennorrhagie, et rechercher dans l'urine la présence de la résine, sus-

ceptible de former un dépôt par l'acide nitrique, lequel dépôt diffère de l'opacité due à la présence de l'albumine, en ce sens qu'il se dissout par l'addition d'une certaine quantité d'alcool.

L'érythème résineux survient après l'administration des différentes substances résineuses, de la térébenthine, du copahu, du matico, quelquefois du cubèbe, mais plus particulièrement après l'ingestion du copahu. Chez certaines personnes l'éruption apparaît quelques jours après l'ingestion du médicament et sans que les doses en aient été très élevées ; d'autres fois c'est plus tardivement et à la suite de doses assez fortes que la peau est influencée par la résine. Il faut admettre, pour expliquer cette action spéciale, une idiosyncrasie particulière à certains individus, car le plus ordinairement le médicament ne donne lieu à aucune manifestation cutanée, même lorsqu'il est employé longtemps et à haute dose ; j'ajouterai que la disposition à l'érythème copahique peut n'être que momentanée, car chez quelques malades ayant pris du copahu à plusieurs reprises pour des blennorrhagies de date différente, l'érythème ne s'est manifesté qu'une seule fois et sans qu'on puisse trouver l'explication de cette éruption dans une circonstance particulière.

L'érythème copahique est une maladie qui se termine promptement par la guérison. On peut donc se contenter pour tout traitement de cesser l'administration du médicament qui a provoqué l'apparition de l'éruption ; mais on se trouvera bien encore, pour calmer la chaleur de la peau et les démangeaisons, souvent très vives, de prescrire quelques boissons rafraîchissantes, telles que la limonade, les décoctions d'orge ou de chiendent, de conseiller des bains émollients, de faire saupoudrer la peau avec de la farine ou de la poudre d'amidon, auxquelles on pourra ajouter une certaine proportion d'oxyde de zinc ou de camphre. Lorsqu'il existe quelques

symptômes d'embarras gastrique, on devra les combattre par un ou deux purgatifs salins ; et, si l'insomnie est trop complète par l'intensité ou la persistance des démangeaisons, on cherchera à calmer le malade par quelque préparation d'opium ou par une certaine dose de chloral.

2° Éruptions provoquées par la belladone et par le datura stramonium.

Les préparations de belladone, même à dose faible, peuvent occasionner des éruptions érythémateuses, sous forme de plaques rouges, non saillantes, assez analogues à celles de la scarlatine, existant sans aucune sensation de chaleur ni de démangeaisons. Cette rougeur est quelquefois générale, mais elle est souvent bornée à la face ; elle est ordinairement éphémère et elle se dissipe au bout de quelques heures, sans laisser aucune trace et sans être suivie d'exfoliation épidermique. Elle s'accompagne quelquefois d'une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, avec une coloration rouge du voile du palais et de l'isthme du gosier. Ces derniers caractères, rapprochés de l'apparence de l'éruption, pourraient faire penser à une scarlatine : mais la rapidité avec laquelle disparaît l'éruption cutanée ; son siège sur la face, région pour laquelle la scarlatine a le moins de préférence ; l'absence de fièvre, la coïncidence de la dilatation des pupilles, et surtout la connaissance de l'administration d'une préparation de belladone, sont autant de circonstances qui feront éviter une erreur de diagnostic.

Une éruption tout à fait semblable à celle qui résulte de l'ingestion de la belladone peut se manifester à la suite de l'administration d'autres médicaments narcotico-âcres et particulièrement des préparations de datura stramonium et de jusquiame. On a signalé la présence de ces

éruptions dans quelques observations d'empoisonnement par ces substances.

3° Éruptions arsenicales.

Pris à l'intérieur, l'arsenic peut déterminer à la longue quelques éruptions dont la forme peut varier. Chez les malades atteints de psoriasis et qui sont soumis pendant plusieurs mois à l'administration des préparations arsenicales, on voit quelquefois les plaques de psoriasis être remplacées par des taches grises pigmentaires, qui sont assez longtemps à se dissiper et qui existent d'ailleurs sans autre phénomène que la coloration cutanée. Mais chez les ouvriers qui, par leur profession, sont en contact avec des substances contenant de l'arsenic, on peut observer des accidents plus sérieux, qui ont été signalés pour la première fois par Imbert-Gourbeyre, mais qui ont surtout été observés chez des malades admis àl'hôpital Saint-Louis. Ces accidents, outre de la sécheresse à la gorge, de l'inappétence et quelques troubles digestifs, consistent principalement dans des éruptions à forme eczémateuse ou ecthymateuse.

Avec ces éruptions vésico-pustuleuses et pustuleuses, ou même en leur absence, on observe encore, par le fait de la substance arsenicale, des ulcérations à forme ronde et régulière, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, qui simulent par leur aspect une ulcération chancreuse, et avec d'autant plus de raison qu'on les a rencontrées fréquemment aux parties génitales, la substance toxique, qui agit comme caustique, étant transportée dans cette région par les doigts, qui en sont imprégnés. Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir à faire ce diagnostic différentiel et de l'établir par la considération de la profession de la personne malade, par l'existence d'ulcérations ou d'éruptions de la même nature à plusieurs régions, et surtout

par la facilité de la guérison à l'aide d'un traitement topique émollient, la cause étant éloignée.

Ces affections cutanées siègent principalement aux mains, aux avant-bras, à la face et aux parties génitales ; elles sont le résultat de l'action directe de la substance irritante et même caustique sur la peau. On les a observées sur les fabricants de couleurs, sur les ouvriers en papiers peints, qui se servent du vert de Schweinfurt ou de Scheele ; sur les fleuristes, sur les couturières, qui se servent de papier arséniqué ou d'étoffes colorées en vert. J'ai eu occasion de constater plusieurs fois des éruptions survenues aux tempes, au front, à la nuque, chez des femmes qui avaient porté des fleurs ou des feuilles colorées avec du vert arsenical.

4° Éruptions iodiques et bromiques.

Les iodures et les bromures, et principalement les iodures et les bromures de potassium, qui sont le plus souvent employés, peuvent donner lieu à des éruptions. Après l'administration de l'iodure continuée pendant plusieurs semaines, il n'est pas rare de voir survenir sur diverses parties du corps, au tronc, aux membres, mais principalement à la face, des pustules isolées, plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses, semblables aux pustules de l'acné simple ou indurée. Plus rarement on observe des taches rouges exanthématiques analogues à celles des diverses variétés d'érythème généralisé. Quelquefois aussi ce sont de véritables abcès dermiques ou des furoncles, ou même des bulles pemphigoïdes et du purpura (Fournier). Chez les personnes sujettes à l'urticaire, une faible dose d'iodure suffit souvent pour déterminer une poussée ortiée.

Ces éruptions peuvent coïncider avec la persistance de la santé générale ; mais dans certains cas, surtout s'il

s'agit de taches érythémateuses ou de furoncles, il y a de la fièvre, du malaise général et de l'inappétence; quelquefois même, un peu avant l'apparition de l'éruption, il existe des phénomènes d'iodisme, et particulièrement du coryza, du larmoiement, de la céphalalgie, des douleurs dans les tempes et dans les gencives.

Ces éruptions surviennent quelquefois peu de temps après l'administration de l'iodure de potassium; elles indiquent une disposition particulière de l'économie à être influencée par le médicament, et il s'agit alors de taches érythémateuses, de papules ou de bulles. Le plus ordinairement l'éruption iodique, constituée par des pustules acnéiques ou par des furoncles, ne survient que chez les personnes qui ont pris de l'iodure pendant un certain temps, et elle peut indiquer la saturation de l'économie par le médicament et l'opportunité de le cesser momentanément. Chez les gens atteints d'eczéma, on voit souvent cette dernière maladie s'exaspérer sous l'influence de l'iodure de potassium.

Lorsque l'administration de l'iodure de potassium est continuée, les éruptions persistent habituellement et se renouvellent par poussées successives; elles cessent au contraire lorsque le médicament est suspendu ou abandonné. Il est rare que ces effets de l'iode soient graves : quelle que soit leur forme, ils ne constituent que des affections légères et peu durables. On a cité cependant quelques cas exceptionnels d'éruptions bulleuses généralisées assez graves, et Mackensie a rapporté l'observation d'un enfant qui est mort par le fait d'un purpura hémorrhagique qu'il attribua à l'administration de quinze centigrammes d'iodure de potassium ; mais la maladie était-elle bien causée par le médicament donné à si faible dose?

Les bromures, et surtout le bromure de potassium, administrés à des doses un peu élevées donnent lieu à des

accidents cutanés semblables à ceux que je viens d'indiquer à propos des iodures. Il serait impossible de les distinguer, ce sont les mêmes éruptions acnéiques, érythémateuses, lichénoïdes, eczématiformes, pemphigoïdes et furonculeuses. D'après mon observation, les éruptions causées par le bromure seraient plus intenses et plus durables que celles dues aux préparations d'iode. J'ai constaté deux fois, chez des personnes qui avaient pris du bromure de potassium à la dose journalière de deux grammes, pendant un temps assez court (dix jours pour un cas, un mois pour l'autre), l'existence d'une éruption pustulo-bulleuse semblable à l'ecthyma cachectique ou au rupia, développée sur divers points du corps et accompagnée de phénomènes généraux d'une certaine gravité. J'ajouterai que j'ai vu souvent le bromure administré à des herpétiques développer des eczémas intenses et rebelles, ou aggraver singulièrement la même maladie déjà existante. L'aggravation de l'eczéma par le bromure est pour moi un fait tellement ordinaire, que lorsque je rencontre un eczéma rebelle au traitement, je soupçonne l'administration antérieure du bromure, et mon interrogatoire sur ce point est presque toujours affirmatif. J'ai surtout rencontré ces eczémas graves chez les épileptiques et chez les hystériques auxquels on avait administré pendant longtemps des doses souvent élevées de bromure.

Quelle que soit la forme de l'éruption artificielle consécutive à l'administration des iodures ou des bromures, la première indication curative consiste dans la cessation du médicament, dans l'emploi des tisanes rafraîchissantes, de quelques légers purgatifs, s'il existe des symptômes d'embarras gastrique, de bains émollients ou de lotions de même nature. En cas d'eczéma ou de lichen coïncidant avec l'hystérie ou l'épilepsie, il est sage de combattre la maladie nerveuse par d'autres moyens que par le bromure de potassium.

5° Éruptions par le chloral, l'opium, la quinine, etc.

Depuis qu'on fait un usage fréquent du chloral administré comme hypnotique, on a cité quelques observations d'éruptions qui ont paru survenir sous l'influence de ce médicament : en général, ce sont des érythèmes généralisés sous la forme papuleuse, ou des érythèmes scarlatiniformes sans gravité, qui disparaissent promptement dès qu'on cesse le médicament. On a observé quelques cas plus graves, avec rougeur vive de la peau, fortes démangeaisons, œdème sous-cutané, taches de purpura hémorrhagique et quelques plaques de gangrène cutanée. Ludwig Kirn cite un cas de mort survenu après l'administration du chloral, pendant un mois, à la dose de deux à cinq grammes par jour. Le malade fut pris de fièvre intense (41°), la peau se recouvrit d'une éruption papuleuse et pustuleuse, et après une desquamation scarlatiniforme, avec chute des ongles et des poils, il survint des abcès aux aisselles et à l'épaule, et le malade mourut épuisé. Ce fait est tout à fait exceptionnel ; pour ma part je n'ai observé, après l'administration du chloral, que quelques faits rares d'éruption érythémateuse très légère, et la crainte de ces éruptions exceptionnelles ne doit pas empêcher d'avoir recours au chloral, lorsqu'il s'agit de procurer du calme ou du sommeil à des malades atteints d'un prurit intense qui leur cause un véritable supplice.

On a décrit encore des éruptions survenues par le fait de l'opium, de la digitale, de la quinine. Ce sont habituellement des éruptions érythémateuses ou ortiées qui n'ont qu'une durée éphémère, et qui ont pour cause une disposition particulière aux personnes qui en sont atteintes. Il est inutile que je m'y arrête, je ne ferais que répéter ce que j'ai déjà dit à propos des autres éruptions médicamenteuses.

§ 2. — Éruptions inflammatoires spontanées.

Le plus ordinairement les inflammations cutanées surviennent d'une manière spontanée ou par le fait accessoire d'une action locale non spécifique et banale, qui doit faire admettre une disposition morbifique spéciale chez la personne qui en subit l'influence, laquelle disposition pourrait faire admettre que ces maladies, *dites locales*, peuvent être des maladies générales; mais c'est là un point doctrinal de pathologie générale que je ne veux pas aborder ici. Je dis que ces maladies sont des inflammations locales, parce qu'elles sont principalement caractérisées par des phénomènes inflammatoires apparents sur l'enveloppe cutanée.

Je vais m'occuper maintenant de ces maladies, qui sont l'*érythème*, l'*ecthyma*, le *zona*, le *pemphigus*, l'*acné*, le *strophulus*, le *prurigo* et la *dermite exfoliatrice*.

1° Érythème.

L'*érythème* a été placé par Willan dans la classe des exanthèmes, à côté de l'érysipèle, de la rougeole, et de la scarlatine. Alibert l'a rangé dans la famille des affections eczémateuses ou inflammatoires. Bazin, tout en acceptant, ainsi que Willan, que l'érythème, considéré comme affection générique, est un exanthème, le divise en deux groupes distincts : l'érythème de cause externe, l'érythème de cause interne, ce dernier étant toujours symptomatique d'une maladie générale. Hebra, dont la classification est fondée sur l'anatomie pathologique, fait rentrer l'érythème dans deux classes différentes : il place parmi les hypérémies les érythèmes caractérisés par une simple congestion cutanée, et il range dans les exsudations les érythèmes constitués par un travail morbide

plus avancé, par un *processus exsudatif*, pour me servir de son expression. Pour ma part, après avoir examiné attentivement les diverses affections qu'on rassemble sous le nom général d'érythème, il me semble qu'il est bien difficile de les rapporter toutes à un seul genre nosologique. Même en ne considérant que l'apparence extérieure, on peut admettre dans les érythèmes deux grandes divisions, la première comprenant ceux qui sont circonscrits à une seule région, et la seconde ceux qui sont généralisés. Cette distinction est d'ailleurs plus profonde encore, les premiers survenant le plus souvent sous l'influence d'une cause locale et externe, et constituant des congestions ou des inflammations locales de la peau; les érythèmes généralisés dépendant au contraire d'une cause générale, et se rapprochant assez des fièvres éruptives pour qu'on puisse les placer avec elles dans une même classe. C'est d'après cette manière de voir que je vais décrire les diverses espèces d'érythème, ne parlant ici que des érythèmes localisés, et renvoyant pour les autres au chapitre consacré à l'histoire des fièvres éruptives. Les variétés qui entrent dans cette catégorie sont : l'érythème *simple*, l'érythème *vésiculo-pustuleux*, l'érythème *intertrigo*, l'érythème *lisse*, l'érythème *paratrime*, l'érythème *pernion*. Avant de les décrire, je dois entrer dans quelques détails sur les lésions anatomiques qui appartiennent à l'érythème envisagé d'une manière générale.

Anatomie pathologique. — D'après les recherches les plus récentes et surtout d'après les travaux du professeur Renaut, on observe, dans les points où existe l'hypérémie congestive qui constitue les plaques érythémateuses, une dilatation des vaisseaux sanguins du corps muqueux et des papilles, ainsi qu'un épanchement de sérosité, caractérisé par un œdème aigu et inflammatoire au-dessus du derme. Au milieu de cette sérosité, on peut

voir un certain nombre de globules blancs accumulés le long des parois des vaisseaux et même quelques globules rouges, dont la présence explique l'aspect ecchymotique que présentent certaines variétés d'érythème ; souvent même quelques cellules embryonnaires de tissu conjonctif existent autour des papilles. Dans le cas où la tache érythémateuse est surmontée d'une vésico-pustule ou même d'une bulle, outre les lésions que je viens d'indiquer, on trouve l'ectoderme soulevé et distendu par un liquide albumineux et fibrineux, chargé de globules blancs et de quelques globules rouges sortis des vaisseaux par suite d'une influence névro-paralytique. L'épiderme ainsi soulevé par l'abondance de l'épanchement forme une cavité cloisonnée par des filaments de fibrine, et les globules sont emprisonnés dans ces loges. C'est à ce soulèvement que sont dues les vésico-pustules et les bulles. Dans leur début et si l'inflammation est peu intense, les saillies formées par un simple œdème sont transparentes; mais si le nombre des globules blancs est assez considérable et si l'épiderme ne se rompt pas artificiellement, les globules blancs meurent, subissent la dégénérescence graisseuse, et, par suite, le liquide épanché se transforme en émulsion, devient blanchâtre et même purulent.

Ces détails d'anatomie microscopique rendent bien compte des diverses phases et des divers aspects des érythèmes.

a. Érythème simple.

Cette maladie est constituée par la présence d'une tache rouge plus ou moins étendue, sans saillie bien marquée, disparaissant momentanément sous la pression du doigt pour reparaître dès que cette pression a cessé. A l'endroit malade existe ordinairement une sensation de chaleur, de

cuisson ou de démangeaison ; mais ce sentiment douloureux est habituellement peu prononcé, quelquefois même il ne se manifeste pas. Rarement on observe quelques phénomènes généraux de malaise, d'anorexie et de fièvre ; le plus souvent les signes locaux existent seuls. La maladie est habituellement de courte durée, et elle se termine au bout de quelques jours par l'effacement de la rougeur et souvent par une légère desquamation superficielle. Quelquefois cependant, sous l'influence d'une cause persistante, la maladie se prolonge, soit que la tache tarde à s'effacer, soit qu'on observe une apparition successive de plaques rouges se développant les unes après les autres dans la même région.

Ce caractère que je viens d'indiquer d'une tache rouge peu saillante, localisée et disparaissant momentanément par la pression, rend ordinairement facile le *diagnostic* de l'érythème. Les maladies avec lesquelles on pourrait le plus souvent le confondre sont l'érysipèle, le phlegmon sous-cutané et l'urticaire. Mais dans l'érysipèle la rougeur est plus vive et plus luisante, le gonflement est plus considérable, les limites entre la partie malade et la partie saine sont mieux accusées ; la maladie a une tendance envahissante et elle gagne successivement les parties voisines ; les phénomènes généraux ont d'ailleurs habituellement une gravité qui n'est jamais observée dans l'éruption érythémateuse. Pour distinguer l'érythème de la rougeur de la peau qui accompagne la formation d'un abcès sous-cutané, on devra se rappeler que dans cette dernière maladie le gonflement est plus marqué, la douleur à la pression est bien plus vive ; il existe souvent du frisson et de la fièvre, et, à un moment donné, l'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané et surtout la fluctuation viennent faire reconnaître d'une manière positive l'existence d'une collection purulente. Quant à l'urticaire, elle diffère manifestement de l'érythème simple par la

saillie plus grande de ses taches, par la démangeaison plus vive qui les accompagne, et surtout par l'apparition et la disparition brusques et successives de l'éruption.

Il n'y a pas à s'arrêter au *pronostic* de l'érythème simple ; cette maladie est légère et ne s'accompagne d'aucune espèce de gravité.

Les causes qui la produisent sont exclusivement celles qui amènent directement une irritation cutanée : je signalerai les frictions sèches pratiquées trop rudement ou d'une manière trop prolongée, les frictions faites avec une substance irritante dans un but thérapeutique, les onctions avec un corps gras rance ; le contact de substances âcres, telles que le muco-pus en contact avec la peau, comme dans le coryza, dans la blennorrhagie, telles que les matières fécales, qui peuvent amener un érythème anal, dans la dysenterie et dans certaines diarrhées. Chez les enfants, chez les gens affectés d'incontinence de la vessie ou du rectum, en l'absence des soins de propreté nécessaires, le contact de l'urine et des fèces développe un érythème qui passe à l'état chronique par le renouvellement incessant de la cause. L'action du calorique, et surtout l'action des rayons du soleil sur les parties découvertes, peuvent déterminer un érythème ; ce qu'on appelle vulgairement un coup de soleil n'est qu'un érythème simple : dans cette dernière affection, l'intensité de la cause peut faire que des vésicules ou même des bulles se développent sur la partie malade et s'ajoutent à la rougeur de la peau ; il y a dans ces cas une véritable brûlure. C'est à l'action du soleil que la plupart des auteurs ont attribué la rougeur érythémateuse qui constitue un des symptômes les plus apparents de la pellagre, et qui se rencontre presque exclusivement sur les parties de la peau non recouvertes par les vêtements. Cette étiologie fait voir que l'érythème simple rentre le plus souvent dans la catégorie des inflammations cutanées

artificielles. Il en est de même de l'érythème vésiculo-pustuleux dont je vais parler, et qui ne diffère de l'érythème simple que par un degré d'inflammation plus avancé.

Le *traitement* de l'érythème simple est très facile : il consiste dans des lotions émollientes d'eau de sureau, de son ou de guimauve, dans des applications de cataplasmes de fécule ou de farine de riz, dans des applications de poudre d'amidon ou de lycopode, dans des bains locaux ou généraux, suivant le siège du mal. Il est ordinairement inutile d'avoir recours à des moyens généraux ; mais, pour amener la guérison de certains érythèmes assez tenaces et récidivants, il faut s'opposer à leur cause par des soins de propreté et par des précautions pour empêcher sur la peau le contact prolongé de substances âcres et irritantes.

b. Érythème vésiculo-pustuleux.

Sous l'influence d'une des causes irritantes locales que je viens de signaler à propos de l'érythème simple, il se montre quelquefois à une région quelconque de la peau une tache rouge plus ou moins étendue, sur laquelle se développent, soit des vésicules, soit des pustules, petites, régulières, dans le début distinctes les unes des autres, lesquelles, en se rompant au bout de peu de jours, amènent une ulcération superficielle recouverte d'une sécrétion purulente peu abondante et quelquefois d'une croûte peu épaisse. En même temps que se développent ces phénomènes objectifs, il peut y avoir de la cuisson et même une douleur assez vive ou des démangeaisons. Je considère comme se rattachant à cette variété d'érythème l'éruption qui se développe quelquefois à la suite de frictions d'onguent mercuriel, et qui a été désignée sous le nom spécial d'*hydrargyrie*.

L'érythème vésiculo-pustuleux est ordinairement une maladie aiguë ; au bout de quelques jours l'exulcération se sèche, et la maladie se termine par une légère desquamation, remplacée bientôt par une tache rouge, laquelle ne tarde pas elle-même à disparaître. Dans les cas où la maladie est entretenue par la persistance de la cause ou par l'emploi intempestif de quelques topiques peu convenables, on peut voir survenir au même point, et même un peu au delà, une succession plusieurs fois répétée de nouvelles vésico-pustules.

La variété d'érythème que je décris ici a été considérée par presque tous les auteurs comme appartenant à l'eczéma ou à l'impétigo : mais c'est une maladie toujours locale ; elle ne se généralise pas, quoique s'étendant bien quelquefois un peu au delà de la place primitivement affectée, et elle naît uniquement sous l'influence de causes externes irritantes, telles que l'application d'emplâtres, de cataplasmes de farine de lin peu fraîche ; telles que des frictions ou des onctions avec des pommades et principalement avec de l'onguent mercuriel. J'ajouterai encore que les vésico-pustules de l'érythème sont plus distinctes les unes des autres que celles de l'eczéma, qu'elles se confondent rarement entre elles, et qu'après leur rupture la sécrétion séro-purulente est moins abondante et moins plastique.

L'érythème vésiculo-pustuleux doit être combattu par les mêmes moyens que l'érythème simple, par des lotions émollientes, par des bains et par des cataplasmes de fécule ou de farine de riz. Chez quelques personnes, on se trouve mieux de supprimer toute application humide, et de se servir seulement de topiques pulvérulents, tels que les poudres de riz, de lycopode ou de vieux bois.

c. Érythème intertrigo.

Description. — On donne ce nom à l'érythème qui se développe dans les régions où la peau se trouve appliquée contre la peau, et où il existe des plis larges et profonds, aux aisselles, aux aines, à la région anale et périnéale. La même maladie se développe, chez les personnes grasses, à la face interne et supérieure des cuisses; on la rencontre à la partie inférieure des seins, chez les femmes chargées d'embonpoint et à mamelles flasques, et chez les enfants, aux plis du cou. Cette affection n'est pas seulement caractérisée par de la rougeur, par des cuissons et par des démangeaisons assez vives; souvent aussi il se forme, sur la partie malade, de légères ulcérations qui donnent lieu à un suintement séro-purulent d'une odeur fétide toute spéciale: cette variété a été indiquée par Devergie sous le nom d'*intertrigo purifluens*. Quelquefois, et principalement aux aisselles, il se forme plus profondément, soit des furoncles, soit des abcès dermiques dont le siège paraît être dans les glandes sudoripares (*hydrosadénite* de Verneuil).

L'intertrigo a quelquefois une marche aiguë et ne dure que quelques jours. Le plus souvent il est entretenu par des causes persistantes et il se prolonge alors pendant des mois et des années. Chez quelques hommes, à la partie supérieure et interne des membres inférieurs, principalement à gauche, à l'endroit où les bourses sont appliquées sur la peau des cuisses, on voit une tache circulaire, d'une coloration rouge ou brune, tantôt sèche et tantôt humide, qui n'est autre chose qu'un intertrigo inguinal. Chez quelques femmes grasses, surtout chez celles qui sont affectées d'un écoulement vaginal habituel, on retrouve le même genre d'affection dans les plis inguinaux, et principalement entre les cuisses et les grandes lèvres.

Dans ces circonstances l'intertrigo est très tenace, il peut même persister indéfiniment.

Mais je dois signaler particulièrement un érythème intertrigo tout spécial, qui survient aux parties génitales extérieures chez les femmes atteintes de diabète. J'ai eu occasion de rencontrer assez fréquemment cet érythème, signalé d'abord par Marchal (de Calvi) ; il m'a servi plusieurs fois d'indice pour reconnaître des diabètes restés longtemps inconnus. Cette éruption, qui s'accompagne de démangeaisons excessivement vives, peut n'occuper que les grandes et les petites lèvres ; mais souvent aussi elle s'étend à la partie interne et supérieure des cuisses, à la région périnéale, et même à la partie inférieure de l'abdomen ; chez les femmes grasses, elle occupe presque toujours un pli horizontal qui existe au-dessus du pubis. La rougeur est vive, d'une couleur assez foncée ; il se joint souvent à la coloration de la peau un écoulement assez abondant, peu épais, peu plastique, qui tache peu le linge et qui n'est guère susceptible de se concréter en croûtes. Chez des hommes diabétiques, j'ai vu plusieurs fois un érythème intertrigo développé à la région anale et déterminant des démangeaisons insupportables ; il est plus commun encore d'observer, chez les diabétiques du sexe masculin, une balanite caractérisée par de la rougeur, des ulcérations, un suintement séro-purulent du gland et de la face interne du prépuce, et quelquefois même par une plaque pseudo-membraneuse très adhérente. Dans cette pseudo-membrane on a trouvé et décrit des micro-organismes. Cette affection a été indiquée comme un herpès ; c'est bien plutôt une inflammation intertrigineuse.

La région spéciale dans laquelle se développe l'intertrigo distingue assez facilement cette maladie de l'eczéma. Dans les cas où il existe du suintement, le *diagnostic* est plus difficile, car l'eczéma peut également se développer

dans les mêmes endroits, et alors on reconnaîtra l'intertrigo au peu d'abondance de la matière sécrétée et surtout à la nature peu plastique de cette sécrétion, qui ne forme ni squames épaisses, ni croûtes, comme dans l'eczéma.

Pronostic. — L'intertrigo est une maladie plus désagréable que grave ; quand il est entretenu par des conditions étiologiques permanentes, il est d'une ténacité désespérante.

Étiologie. — La condition nécessaire à la production de l'intertrigo se rencontre dans la disposition de certaines régions où la peau se trouve appliquée contre elle-même et où il existe habituellement des frottements. L'abondance de la sueur, la présence d'un écoulement, l'absence des soins suffisants de propreté, sont des circonstances qui favorisent beaucoup le développement de cet érythème. Aussi les rencontre-t-on plus particulièrement aux aisselles et aux aines, régions dans lesquelles existent un grand nombre de glandes sudoripares. Comme je l'ai déjà dit, l'embonpoint, en multipliant les points de contact et l'occasion des frottements, est également une cause prédisposante. Chez certaines personnes, et principalement chez les goutteux, on observe des intertrigos tenaces et souvent étendus simultanément ou successivement à plusieurs régions, mais principalement aux aines, aux aisselles et au périnée. Bazin, ayant constaté la coïncidence fréquente de ces érythèmes avec des symptômes présents ou passés de l'affection qu'il appelle *arthritis*, c'est-à-dire avec des douleurs articulaires ou musculaires, avec de la dyspepsie acide, des hémorrhoïdes ou des coliques hépatiques ou néphritiques, a considéré ces affections cutanées comme étant de nature arthritique. Mais sans aller si loin et sans chercher à trouver dans ces érythèmes une nature spéciale, je pense qu'on doit les considérer comme le résultat d'une transpiration abondante et peut-être d'une qualité particu-

lière de la sueur, spéciale aux goutteux. Ce ne serait donc que bien indirectement que la goutte produirait l'intertrigo, laquelle maladie devrait d'ailleurs être plus rare chez les goutteux qui ne transpirent pas abondamment. Je ne dois pas omettre de rappeler l'existence du diabète comme une cause spéciale d'intertrigo génital, et particulièrement d'un érythème vulvaire chez les femmes. Dans ces circonstances, l'inflammation cutanée est-elle le résultat direct de l'irritation causée à la peau par le contact de l'urine glycosurique? On serait tenté de le croire; cependant la maladie s'étend souvent bien au delà des parties mouillées par l'urine, au périnée, aux aines, aux plis du bas-ventre. Chez quelques femmes diabétiques et atteintes d'érythème vulvaire, j'ai vu l'intertrigo occuper également le pli placé au-dessous des seins. Il semblerait donc alors que l'intertrigo se développerait sous l'influence d'un état général bien plutôt que par le fait d'une cause purement locale; ou bien, comme l'enseigne Kaposi, que l'affection cutanée serait le résultat de l'action irritante de la matière glycosurique transportée par la circulation et arrivant jusqu'à la peau.

Traitement. — Contre l'intertrigo on doit employer d'abord des lotions aqueuses fréquentes, des bains répétés, puis des lotions astringentes préparées avec des solutions d'alun, de tannin, avec de l'eau blanche, avec le coaltar saponiné étendu d'eau. On se trouvera bien aussi, après les lotions, de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon, de la poudre de lycopode, de la poudre de talc ou de la poudre de vieux bois. On emploie encore avec avantage, dans ces circonstances, des onctions avec une pommade au calomel (axonge, 30 grammes; calomel, de 50 centigrammes à 1 gramme), avec une autre pommade contenant un quinzième ou un dixième de goudron ou d'huile de cade. On recommandera au malade d'éviter les occasions de frottement pour les endroits

malades. Dans le cas de transpirations abondantes, on pourra chercher à diminuer la sécrétion sudorale par l'usage interne de l'eau de Rabel, de l'alun officinal, du tannin. Chez les goutteux, on pourra prescrire avec avantage le bicarbonate de soude à la dose journalière de un à deux grammes ; et, chez les glycosuriques, en même temps que l'on combattra les démangeaisons par les lotions d'eau chaude aiguisée par une solution légère de sublimé ou par une faible dose d'eau phagédénique, on verra l'érythème s'effacer très vite sous l'influence du régime hygiénique qu'on prescrit habituellement aux diabétiques.

d. Érythème lisse.

Cette variété d'érythème (*erythema leve* de Willan) est toujours consécutive à un œdème, et principalement à un œdème des membres inférieurs; c'est, à proprement parler, un œdème cutané aigu. Il est caractérisé par une rougeur en plaques mal circonscrites, ayant de la tendance à se réunir, rougeur brune, luisante, et à laquelle viennent souvent se joindre des vésico-pustules. Ces vésicules elles-mêmes se rompent le plus souvent et donnent lieu à des ulcérations à travers lesquelles suinte une quantité assez considérable de sérosité hydropique. Autour et au-dessous de ces ulcérations il peut survenir du sphacèle de la peau, lequel apparaît sous la forme de plaques grisâtres plus ou moins larges. Et lorsque cette terminaison par gangrène se déclare, outre les phénomènes locaux habituels de cuisson, de démangeaisons, d'élancements, il survient ordinairement des frissons répétés, de la faiblesse générale, de la fréquence et de la petitesse du pouls, enfin tous les symptômes de la gangrène, quel que soit le lieu où elle se déclare.

Le *pronostic* de l'érythème lisse est ordinairement grave ; il ne survient habituellement que sur les membres

œdématiés et chez des malades qui sont épuisés : c'est un phénomène cachectique.

Comme moyens de traitement, malheureusement peu efficaces, je signalerai le repos horizontal ; les lotions avec un liquide légèrement astringent, telles que les infusions de fleurs de mélilot, de fleurs de sureau, de thé vert arrosés de quelques gouttes d'extrait de Saturne ou d'alcool camphré. Les applications de poudre sèche de quinquina, de lycopode, de tan, sont assez utiles, et doivent être préférées aux cataplasmes et aux lotions émollientes, qui ramollissent encore la peau et favorisent l'apparition ou l'extension de la gangrène.

é. Érythème paratrime.

On donne ce nom à une rougeur qui survient dans les maladies graves, et principalement dans les maladies à forme adynamique, sur les parties qui sont exposées à une pression prolongée, telle que celle qui résulte du poids du corps. C'est à la région sacrée, ou bien sur la peau qui recouvre les trochanters, plus rarement aux coudes et aux talons, qu'on observe cette maladie sous la forme d'une tache rouge, brune, violacée, sur laquelle viennent quelquefois se développer quelques pustules et quelques pseudo-bulles ; ces élevures épidermiques se rompent et donnent lieu à des ulcérations grisâtres, de mauvaise nature, qui ont de la tendance à s'étendre en profondeur et en superficie. Le plus souvent aussi, autour de cette tache rouge, il survient, à la limite de la partie malade et de la surface saine, une ulcération qui augmente graduellement ; la peau elle-même, déjà rouge, devient grise, puis brune ou noire, une inflammation éliminatrice se développe, l'eschare se détache, et à sa place il se forme une ulcération plus ou moins étendue. Avec ces symptômes locaux se développent également, dans plusieurs circonstances,

de la fréquence et de la petitesse du pouls, la sécheresse de la langue, quelquefois des vomissements, du délire, une faiblesse extrême, c'est-à-dire les symptômes généraux de la gangrène.

Les lotions stimulantes avec le vin, avec l'alcool camphré; le décubitus arrangé de manière à protéger les parties malades contre la pression, à l'aide d'un coussin rond, à l'aide surtout d'un matelas ou d'un coussin d'eau, sont les meilleurs moyens pour combattre l'érythème paratrime. Outre l'emploi des moyens locaux, on doit également, si la maladie primitive ne s'y oppose pas, chercher à soutenir et à réparer les forces à l'aide du vin, du quinquina, des boissons stimulantes, et même à l'aide d'une alimentation en rapport avec l'état de l'estomac.

f. Érythème pernion. — Engelure.

Cet érythème, d'une nature toute spéciale, et que je ne place ici qu'à cause de son nom, survient exclusivement sous l'influence du froid, et se manifeste au début ou dans le cours de la saison d'hiver; on le désigne ordinairement sous le nom d'*engelure*. Il est caractérisé par une tache rouge, d'un rouge violacé, luisante et accompagnée d'un gonflement sous-cutané assez considérable, mais d'une consistance molle; l'endroit malade est le siège de douleurs cuisantes et de démangeaisons excessivement vives, surtout lorsque cette partie est exposée à une température assez élevée. L'engelure se développe principalement aux parties éloignées du centre circulatoire; on la rencontre surtout aux orteils, aux talons, aux doigts et aux mains, plus rarement à l'extrémité du nez, aux joues et aux oreilles.

Une fois développée, l'engelure peut se terminer par résolution : après un temps variable et quelquefois assez long, puisqu'il peut se prolonger pendant tout l'hiver, la

rougeur pâlit, le gonflement disparaît, une légère desquamation épidermique s'établit pendant quelques jours, et la guérison est complète. Mais d'autres fois le gonflement augmente, la partie tuméfiée se ramollit; une phlyctène ou une éraillure se forme, et l'on voit survenir une ulcération qui ne tarde pas à prendre un mauvais aspect par ses bords déchiquetés, son fond sanieux et ses bourgeons charnus pâles et saignants. Ces ulcérations sont souvent accompagnées de douleurs et de cuissons; elles gênent le mouvement des parties affectées, mais elles n'entraînent le développement d'aucun phénomène de réaction générale. Après un temps plus ou moins long, et le plus souvent lorsque la température devient moins froide, les ulcères que je viens d'indiquer se sèchent, le gonflement ambiant disparaît, et ordinairement, en quelques jours, on voit une cicatrisation complète s'établir, souvent même sans laisser plus tard aucune trace cicatricielle. Puis, après un intervalle correspondant à la belle saison, l'hiver suivant, la maladie reparaît, tantôt sous la forme érythémateuse, tantôt sous la forme ulcéreuse, et ces récidives peuvent se répéter ainsi pendant de longues années. L'adolescence, l'âge adulte surtout, des soins hygiéniques mieux entendus, sont des circonstances qui viennent modérer l'intensité des engelures, et qui souvent même amènent leur guérison définitive.

Le *diagnostic* de l'engelure est ordinairement facile : la rougeur luisante, les ulcérations fongueuses, les démangeaisons, le siège spécial de la maladie, son apparition pendant la saison froide, indiquent suffisamment l'existence de cette affection, pour que je n'aie pas besoin d'insister sur ses caractères différentiels. Quant au *pronostic*, il est en rapport avec l'intensité de la maladie : une engelure érythémateuse qui ne se manifeste que dans les grands froids n'a aucune gravité; mais les ulcérations, par la douleur qu'elles amènent, par la gêne apportée

aux mouvements, et par leur récidive presque fatale chaque hiver, constituent une indisposition très pénible.

Le jeune âge, le sexe féminin, le tempérament lymphatique, sont des causes prédisposantes des engelures; le froid en est la cause efficiente, et l'intensité de la maladie est ordinairement en rapport avec l'abaissement de la température. Dans les hivers doux, les personnes disposées aux engelures n'ont que des taches rouges avec gonflement léger; si l'hiver est rude, les mêmes personnes auront des engelures ulcérées très douloureuses, et souvent développées dans plusieurs endroits, particulièrement aux mains et aux pieds. Plusieurs médecins, et en particulier Bazin, ont considéré l'érythème pernion comme un symptôme de la scrofule : tout en admettant que cette maladie est commune chez les scrofuleux, on peut affirmer qu'on la rencontre assez souvent chez des personnes qui n'ont jamais présenté et qui n'offriront jamais plus tard aucun signe authentique de scrofule. Ce n'est donc pas, à proprement parler, une scrofulide.

L'érythème pernion ressemble tout à fait à une gelure; le *traitement* local qu'on applique avec avantage aux parties désorganisées par l'action du froid est également celui qui convient. Au premier degré, lorsque la peau n'est pas entamée, on doit chercher à ranimer la circulation locale languissante, par des frictions avec des liqueurs stimulantes, telles que l'alcool camphré, le baume de Fioravanti, la teinture de cantharides affaiblie, l'alcoolat de mélisse. On peut également, avec avantage, user de manuluves ou de pédiluves avec l'eau de savon, l'eau sinapisée, l'acide chlorhydrique étendu d'eau. Mais lorsque l'ulcération est survenue, il faut laisser de côté les frictions, et se contenter de lotions avec le vin aromatique, avec la solution faible de chlorure d'oxyde de sodium ou de chlorure de chaux, avec l'eau phagédénique étendue d'eau, etc., et l'on doit panser les plaies avec une

pommade au tannin, avec de l'onguent Canet, de l'onguent digestif ou de l'onguent styrax. En même temps on conseillera aux malades de ne pas s'exposer au froid, d'éviter les transitions brusques de température; et l'on n'oubliera pas, dans un but de guérison et de prophylaxie, de chercher à modifier l'économie par les moyens hygiéniques et médicinaux qui conviennent aux personnes lymphatiques.

Érythèmes généralisés.

Dans les érythèmes que je viens de passer en revue, les éruptions sont bornées à certaines régions, et leur cause est ordinairement toute locale. J'aurais à parler maintenant des érythèmes caractérisés par des taches répandues simultanément sur plusieurs points de la surface cutanée, des érythèmes généralisés; mais je considère ces affections comme devant être placées nosologiquement à côté des fièvres éruptives, auxquelles elles ressemblent sous plusieurs rapports: en effet, l'éruption est disséminée, elle est fréquemment précédée et accompagnée d'un ensemble de phénomènes généraux, et la maladie présente jusqu'à un certain point la régularité de marche qui est si caractéristique dans les fièvres éruptives. C'est donc dans le chapitre consacré aux fièvres éruptives qu'il faut aller chercher l'histoire de ces érythèmes.

2° Ecthyma.

Définition. — Le mot grec ἐκθύμα, signifiant éruption, et dérivé du verbe ἐκθύειν, faire éruption, était appliqué par les anciens à des affections cutanées diverses et mal définies. Willan, le premier, a donné un sens précis à cette expression, et l'a appliquée à une maladie de la peau caractérisée par le développement de pustules assez

volumineuses, ordinairement isolées les unes des autres, un peu aplaties, régulières et arrondies, susceptibles de se dessécher et de former, au bout de quelques jours, des croûtes jaunes ou brunes.

Classification. — L'ecthyma est une affection pustuleuse, et, à ce titre, il a été placé par Willan et Bateman dans l'ordre des pustules à côté de l'impétigo, de la variole et du porrigo ou favus. On comprend facilement le vice de cette classification artificielle qui, ne prenant en considération que la lésion initiale, place à côté les unes des autres des maladies aussi dissemblables dans leur nature. Sans entrer dans une discussion superflue, je pense qu'on ne peut aujourd'hui accepter cette place nosologique de l'ecthyma, et, en m'appuyant sur ces circonstances que l'ecthyma est souvent le résultat d'une irritation locale et accidentelle de la peau, et que dans cette maladie les phénomènes inflammatoires de l'éruption sont ordinairement très tranchés, j'ai pensé qu'on devait placer l'ecthyma dans les maladies inflammatoires de la peau de cause accidentelle. Je me rapproche en cela de la classification d'Alibert, lequel, donnant à l'ecthyma le nom de *phlyzacia*, l'avait placé dans la classe des *eczèmes* ou maladies inflammatoires de la peau.

L'*anatomie pathologique* de l'ecthyma, faite avec soin par Rayer (1835), démontre l'existence d'abord d'une tache rouge arrondie, bien limitée, déjà un peu saillante et formée par une injection sanguine d'un point limité de la peau. Dans un second degré, au-dessus de cette tache, sous l'épiderme, il se dépose une certaine quantité de sérosité purulente. Dans le troisième degré, une fausse membrane se forme au centre de la pustule et au-dessus d'une petite ulcération de la peau. Dans un quatrième degré, en enlevant l'épiderme, la matière purulente et la fausse membrane, on trouve à la place de la pustule une sorte de petit godet entouré d'un léger bourrelet saillant.

Et enfin, dans une cinquième période, le bourrelet s'affaisse, et une légère cicatricule se forme sous une croûte principalement adhérente au centre.

A ces résultats d'une anatomie macroscopique sont venues se joindre des recherches histologiques récentes dues à Neumann, Auspitz, Cornil, Ranvier, et surtout au professeur Renaut, de Lyon. D'après ce dernier auteur, le siège anatomique de la pustule d'ecthyma, comme de toute pustule, se trouve dans le corps muqueux, dont les cellules se gonflent, se troublent, se rompent de manière à former des cavités, puis s'entourent d'un corps réticulaire formé par la fibrine, lequel se présente sous forme de filaments, s'élevant verticalement en faisceaux sur la nature desquels on a beaucoup discuté. Cette opération préparatoire a été appelée par Renaut, la *prépustulation ;* après elle vient la *vésiculation*, caractérisée par l'envahissement du réseau cavitaire par la lymphe ; ensuite la *pustulation*, dans laquelle se produisent l'infiltration congestive et inflammatoire du derme, l'altération des cellules de la couche profonde de l'épiderme, et, par suite de cette altération, l'arrivée du plasma, chargé de globules blancs, dans les cavités déjà formées, la transformation graisseuse et purulente de ces globules et le soulèvement de l'épiderme par la collection liquide ; enfin, la *cicatrisation*, caractérisée par le bourgeonnement du derme dénudé et la formation d'un tissu dermique de réparation, avec couches ectodermiques restant planiformes et sans papilles. Ces opérations paraissent communes à toutes les pustules et s'appliquent par conséquent aux pustules de l'ecthyma comme à celles de la variole. L'opinion des anciens dermatologistes tels que Biett et Cazenave, qui pensaient que l'ecthyma siégeait dans les follicules sébacés de la peau, à cause de la forme ronde et régulière des pustules, se trouve complètement détruite par ces recherches plus exactes.

Description générale. — L'ecthyma, avons-nous dit, est caractérisé par le développement de pustules. Si l'on examine avec soin le début de la maladie, on voit qu'elle commence par une légère tache rouge, très promptement suivie d'un soulèvement très peu prononcé de l'épiderme par de la sérosité transparente ; puis, au bout d'un temps très court, un jour ou deux, la sérosité augmente de quantité ; elle se trouble, se transforme en pus blanc, épais, phlegmoneux, dont on peut juger la couleur et l'aspect à travers l'épiderme soulevé. A ce moment, la pustule est à sa période d'état : elle est arrondie, régulière ; elle est entourée d'une auréole circulaire rouge, inflammatoire, dont l'intensité de la couleur est en rapport avec le degré de l'inflammation locale, et surtout avec la force de réaction du malade. Au moment du développement complet de la pustule, on voit aussi souvent à son centre un petit point noir formant quelquefois une légère dépression, et qu'on a considéré, peut-être à tort, comme constitué par l'orifice du conduit excréteur d'un follicule. Quoique non véritablement ombiliquée, la pustule de l'ecthyma ressemble alors beaucoup à la pustule de la variole par son volume, par sa forme régulière et arrondie, par sa couleur et par son auréole inflammatoire.

Ainsi bien développée, il est bien rare que la pustule s'affaisse par la résorption du liquide purulent. Le plus souvent, au bout de deux ou trois jours, l'épiderme qui formait l'enveloppe extérieure de la pustule se rompt, le pus s'épanche au dehors, et se concrète à l'air sous la forme d'une croûte assez épaisse, assez saillante, et qui s'étale ordinairement au delà de la place occupée antérieurement par le soulèvement épidermique. Cette croûte, moins régulière dans sa forme que la pustule, est ordinairement jaune ou brune ; elle peut être même colorée en noir par l'addition au liquide purulent d'une certaine

quantité de sang. Si on l'enlève artificiellement, on voit au-dessous d'elle une ulcération plus ou moins profonde, très douloureuse au contact de l'air, et qui ne tarde pas à se recouvrir d'une nouvelle croûte par la dessiccation du liquide sécrété à sa surface. Si au contraire on n'enlève pas la croûte, elle se détache spontanément au bout de quelques jours, de deux à dix jours et même plus, et elle laisse à sa place une tache violette due à un épiderme nouveau qui ne tarde pas à blanchir et à se confondre avec le reste de la peau ; très rarement il existe une dépression et une cicatrice, à moins qu'il ne s'agisse de quelques espèces particulières d'ecthyma dans lesquelles la lésion est plus profonde : nous y reviendrons un peu plus loin.

La dimension des pustules ecthymateuses n'est pas toujours la même ; leur diamètre peut varier de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre, et même dépasser cette étendue. Sur le même malade le volume des pustules n'est pas toujours uniforme ; il peut y en avoir de petites et de plus larges. Leur nombre est très variable : ordinairement plusieurs se développent simultanément, puis le plus souvent elles se succèdent les unes aux autres dans un espace de temps qui varie suivant les espèces. Ordinairement elles sont discrètes, bien distinctes les unes des autres : ce sont, suivant le langage dermatologique, des pustules *phlyzaciées*. Quelquefois cependant elles sont assez rapprochées pour se confondre, et, en se développant, elles forment alors une plaque large et irrégulière, mais dans les contours de laquelle on peut presque toujours reconnaître les traces de la lésion primitive.

Rarement les pustules d'ecthyma se produisent sans douleur ; le plus souvent un sentiment de cuisson, de chaleur, de douleur et même de démangeaison, accompagne leur début et leur développement. La sensation douloureuse cesse ordinairement lorsque l'épiderme se

rompt et lorsqu'il se forme une croûte; mais, si cette croûte est arrachée prématurément, l'exposition de l'ulcération au contact de l'air est suivie d'une cuisson très vive, qui se calme par la formation d'une croûte nouvelle ou par l'application d'un topique qui soustrait la petite plaie à l'action irritante de l'air. La douleur de l'ecthyma est encore augmentée par les mouvements de la partie malade ou par la pression exercée sur cette même région. Lorsque plusieurs pustules se sont développées dans le même endroit, il n'est pas rare d'observer autour et au-dessous d'elles un gonflement plus ou moins considérable, qui atteste que l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque les phénomènes inflammatoires locaux ont une certaine intensité, on peut voir l'inflammation se propager aux vaisseaux lymphatiques voisins et la lymphangite apparaître sous la forme de traînées rouges et d'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques les plus rapprochés. L'inflammation des veines peut également compliquer l'ecthyma, mais bien plus rarement.

Outre les phénomènes locaux que je viens d'indiquer, on peut encore rencontrer quelques-uns des phénomènes généraux des maladies inflammatoires : des frissons au début et même pendant le cours de l'affection, du malaise général, de l'inappétence, des symptômes d'embarras gastrique et de la fièvre. Chez les malades atteints d'ecthyma, on observe aussi une singulière disposition de la peau à s'enflammer et à suppurer: la moindre lésion cutanée par piqûre, par érosion, au lieu de se terminer promptement par dessiccation, s'enflamme et donne lieu à une plaie suppurante; il survient surtout facilement des tournioles près de l'extrémité unguéale des doigts. Les gens du monde désignent cette disposition par une expression assez juste: ils disent que ces malades ont de l'humeur.

L'ecthyma peut se développer sur toutes les régions, mais l'éruption est plus fréquente sur les mains, sur les fesses, sur les pieds et sur les membres; elle est plus rare sur le tronc, et il est tout à fait exceptionnel de la voir à la face et au cuir chevelu.

La durée de l'ecthyma est variable suivant les espèces de cette maladie; il en est de même de la terminaison, qui peut avoir lieu par dessiccation, par ulcération et même par gangrène.

Variétés. — Dans cette description générale de l'ecthyma, je viens de faire ressortir ses caractères communs; mais la maladie n'est pas toujours semblable, l'intensité de certains phénomènes, l'addition de quelques particularités, la marche de l'affection, rendent indispensable l'admission de plusieurs espèces de cette affection. Willan et Bateman ont admis quatre variétés, savoir: 1° l'*ecthyma vulgare,* 2° l'*ecthyma infantile,* 3° l'*ecthyma luridum,* 4° l'*ecthyma cachecticum.* Ces divisions ont été à peu près suivies par Gibert, Cazenave et Devergie. Alibert, qui a donné à la maladie qui nous occupe le nom de *phlyzacia*, n'admet que deux divisions, basées sur l'état aigu et sur l'état chronique. Bazin, appliquant à l'ecthyma ses principes de classification et ne s'appuyant, pour les divisions, que sur les conditions étiologiques, admet deux sortes d'ecthyma : une de cause externe, et une autre de cause interne; dans la première il place les ecthymas artificiels résultant de contacts irritants et ceux causés par l'ingestion d'aliments malsains ou de médicaments; dans la seconde classe il fait rentrer les ecthymas consécutifs à la variole, à la scarlatine et aux maladies fébriles, puis les ecthymas syphilitiques, scrofuleux, dartreux et arthritiques. Tout en admettant que l'ecthyma puisse se montrer dans les conditions signalées par Bazin, ce qui peut être sujet à contestation sérieuse pour les dartres, la scrofule et l'arthritis, je ne

pense pas qu'on puisse multiplier les divisions et les espèces des maladies en s'appuyant seulement sur la cause, une différence dans les circonstances étiologiques n'impliquant pas toujours une différence dans la nature d'une affection, et cette affection pouvant se présenter avec des caractères identiques d'apparence, de marche, et pouvant réclamer les mêmes moyens thérapeutiques, que son développement ait été consécutif à un contact irritant ou à une émotion morale, par exemple. Les considérations étiologiques sont importantes certainement; elles peuvent donner quelquefois lieu à des indications thérapeutiques pour l'éloignement de la cause, mais elles ne peuvent servir de base de classification et de division qu'à la condition qu'elles impliquent une différence radicale dans la nature de la maladie.

Relativement aux espèces et variétés de l'ecthyma, je crois rester davantage dans la vérité en divisant cette maladie en deux classes distinctes, l'*ecthyma aigu* et l'*ecthyma chronique*, et en subdivisant chacune de ces espèces en deux variétés : l'ecthyma aigu en *simple* et en *gangréneux*, l'ecthyma chronique en *infantile* et en *cachectique*, annexant à cette dernière variété le *rupia*, lequel n'est pour moi qu'une forme de l'ecthyma. Toutes les espèces et variétés des auteurs me paraissent rentrer facilement dans ces divisions.

1. Ecthyma aigu.

a. Ecthyma simple aigu.

De toutes les espèces de l'ecthyma, celle-ci est de beaucoup la plus commune; elle se rapproche beaucoup de la description générale que nous avons donnée de la maladie, et nous serions exposé à nous répéter si nous entrions dans le détail de ses caractères. La seule chose à

indiquer est relative à la marche : chaque pustule a une durée courte ; mais, si la cause est persistante, la maladie peut être longue et durer plusieurs mois par la succession continue de nouvelles pustules qui se succèdent incessamment. Je dois indiquer aussi que, d'après des observations très nombreuses, j'ai trouvé que cette espèce d'ecthyma était presque constamment consécutive à la présence sur la peau de parasites animaux, acares ou poux, et que la seule existence de l'ecthyma devait faire supposer la présence des parasites, et en faire rechercher les signes diagnostiques spéciaux. L'ecthyma existe-t-il avec la gale, les pustules seront développées aux mains, aux fesses et aux pieds ; elles se montreront principalement au dos, aux cuisses et aux bras dans la phthiriase.

b. Ecthyma gangréneux.

Cette variété, que j'ai observée et dénommée pour la première fois il y a déjà dix-huit ans, n'est en réalité qu'une complication de l'ecthyma simple : c'est la terminaison de la maladie par gangrène, et cette forme est sous la dépendance de l'état de faiblesse antérieure du malade, débilité par l'âge, par une mauvaise nourriture, par des excès ou par toute autre cause d'affaiblissement général. Dans l'ecthyma gangréneux, la pustule se développe d'abord avec ses caractères ordinaires ; mais, au bout de deux ou trois jours, on voit se former autour d'elle un cercle brun, livide, qui ne tarde pas à se convertir en une eschare circulaire de couleur grise. La pustule se déchire ; on voit alors, au-dessous du pus, une tache grise qui se continue avec l'eschare circulaire ; et le tout, se détachant peu à peu par lambeaux, laisse une ulcération plus ou moins profonde, de couleur blafarde et de mauvais aspect. Il y a ordinairement peu de douleur locale et peu de gonflement ; un léger œdème existe cependant

quelquefois dans la région affectée. Mais on observe ordinairement des phénomènes généraux graves de nature adynamique, tels que l'altération profonde des traits, une faiblesse très grande, la fréquence et la petitesse du pouls, la sécheresse de la langue, des selles et des urines involontaires, du subdélirium, enfin les phénomènes ordinaires des affections gangréneuses. Cette affection est très grave, et elle se termine habituellement par la mort, lorsqu'il existe un assez grand nombre de pustules et lorsque la gangrène se développe autour de chacune d'elles; mais si les eschares sont peu nombreuses, la guérison peut avoir lieu. Cet ecthyma gangréneux coïncide quelquefois avec l'existence antérieure ou simultanée de furoncles. Deux fois je l'ai rencontré chez des malades atteints de diabète. La première fois que j'ai eu occasion de voir l'ecthyma gangréneux, le sujet de mon observation était un vieillard débilité, atteint de gale, et le développement premier de l'éruption paraissait sous la dépendance de la maladie parasitaire; au bout de quelques jours, sans autres phénomènes que ceux d'une grande faiblesse, les pustules s'entourèrent d'un cercle gangréneux, les phénomènes adynamiques se développèrent, et le malade fut enlevé rapidement.

2. Ecthyma chronique.

a. Ecthyma chronique des enfants; ecthyma infantile.

Les pustules sont ordinairement en assez grand nombre, elles sont petites, d'un diamètre de 2 à 4 millimètres, régulières; elles n'ont qu'une auréole très peu marquée, quelques-unes même en manquent complètement. Au bout de quelques jours, l'épiderme qui recouvre ces pustules se rompt, et il se forme des croûtes brunes

ou noires, assez adhérentes, peu volumineuses, arrondies, et qui laissent, en tombant, une tache violacée. Lorsque ces croûtes sont enlevées prématurément, on voit au-dessous de la place qu'elles occupaient des ulcérations grisâtres et sanieuses. Les pustules se succèdent ordinairement de manière qu'il existe simultanément sur le même malade les divers degrés de l'éruption; chaque pustule a une marche aiguë, mais, comme elles se renouvellent incessamment, la maladie peut se prolonger pendant quelques semaines et même pendant plusieurs mois. L'éruption paraît s'accompagner de douleurs assez fortes, car les enfants qui sont affectés de cette maladie crient beaucoup; la douleur est surtout vive lorsque les croûtes sont tombées trop tôt et lorsqu'il existe des ulcérations irritées par le contact de l'air ou des objets d'habillement. L'éruption est souvent générale, la face et le cuir chevelu sont les régions sur lesquelles on en observe le moins. Outre l'éruption, il existe habituellement dans cette maladie des phénomènes généraux graves caractérisés par de la fièvre, de l'inappétence, des vomissements, de la diarrhée, du muguet, de l'agitation, de la faiblesse, de l'amaigrissement et de l'altération dans les traits. La mort survient comme terminaison habituelle, et, pendant les derniers jours les enfants présentent l'aspect le plus pénible : ils sont réduits à une maigreur squelettique, leur figure est ridée et contractée, leur corps est couvert d'ulcérations, et ils ne cessent de crier que pour tomber dans l'accablement. La mort n'est cependant pas inévitable, et la guérison peut avoir lieu.

Cet ecthyma survient chez les enfants très jeunes, dans les deux premières années, et surtout pendant les six ou huit premiers mois; il se développe presque exclusivement chez les enfants d'une faible constitution, débilités par une diarrhée habituelle, et surtout chez ceux qui ont une nourriture mauvaise ou insuffisante, qui sont élevés

dans des lieux mal aérés et qui manquent des soins nécessaires de propreté. C'est, à proprement parler, un symptôme de cet état général désigné sous le nom d'*atrepsie*.

b. Ecthyma cachectique.

Sous ce nom je décris l'*ecthyma luridum* de Willan et Bateman, et l'*ecthyma cachectique* des auteurs. Il ne me paraît pas y avoir de différence bien marquée entre ces deux espèces, caractérisées l'une et l'autre par le mauvais état général des malades et par le caractère particulier des pustules, remplies d'une sanie purulente et sanguine, ainsi que par la coloration foncée et le volume des croûtes qui leur succèdent. On peut confondre également avec l'ecthyma cachectique le *rupia* des auteurs ; ces deux maladies présentant de telles analogies, qu'il est impossible d'établir entre elles des lignes diagnostiques destinées à les distinguer. A l'exemple de Willan et d'Alibert, je n'admets pas le *rupia* comme un genre particulier, et il ne doit pas figurer dans la nomenclature des maladies de la peau. Ce n'est que pour me conformer à l'usage et pour être complet que j'en dirai quelques mots.

Dans l'ecthyma cachectique les pustules sont aplaties, assez larges, peu régulières, et elles contiennent un liquide roussâtre, mélange de pus, de sang et de sérosité. L'épiderme, soulevé par ce liquide, n'est pas très tendu, il est souvent plissé ; et, après un développement et une augmentation d'étendue, plutôt en largeur qu'en hauteur, la pustule s'ouvre et il se forme une croûte foncée, brune ou noire. Autour de la pustule et autour de cette croûte on observe une auréole brune ou violette, et en dehors de la croûte déjà formée, à l'endroit occupé par cette auréole, on voit souvent l'épiderme se soulever et se distendre par le fait d'une nouvelle sécrétion de liquide semblable à celui de la pustule primitive ; ce liquide, par la rupture

de l'épiderme, forme en se desséchant une nouvelle croûte circulaire qui augmente les dimensions de la première et se confond avec elle. Ainsi formée, cette croûte est épaisse, inégale, de couleur foncée, quelquefois même tout à fait noire. Dans certains cas elle est très saillante et presque pointue ; cette disposition a même été considérée comme constituant une variété particulière, à laquelle on a donné le nom de *rupia proeminens*. Ces croûtes ont une durée plus longue que les pustules ; elles persistent pendant deux, trois ou quatre semaines, quelquefois même au delà ; et, lorsqu'elles se détachent spontanément, elles laissent à leur place une tache brune très longtemps persistante, quelquefois même une cicatrice brune réticulée. Lorsqu'elles sont arrachées prématurément, on voit au-dessous d'elles une ulcération profonde à fond grisâtre, sécrétant un liquide séro-purulent et sanguin, à l'aide duquel se forme une nouvelle croûte semblable à celle qui a été enlevée.

Les pustules d'ecthyma cachectique sont ordinairement en petit nombre ; il n'en existe quelquefois que trois ou quatre : on en rencontre bien rarement plus de quinze ou vingt. Elles se développent principalement aux membres, et plus spécialement aux membres inférieurs. Elles sont accompagnées de peu de douleur ; lorsqu'elles existent aux jambes, on voit quelquefois de l'œdème des membres inférieurs coïncider avec elles. Cet ecthyma est souvent accompagné de fièvre, soit continue, soit survenant par accès et principalement le soir, d'anorexie, de diarrhée alternant avec la constipation, d'une grande faiblesse et d'un amaigrissement très prononcé. La terminaison funeste peut avoir lieu sans maladie intercurrente, par le seul fait de l'affection cutanée et de l'affaiblissement général qui la précède et qui l'accompagne.

Cet ecthyma cachectique survient rarement chez des individus dans un bon état de santé ; il se développe au

contraire chez des sujets profondément affaiblis par l'âge et surtout par la misère, par les excès et par de mauvaises conditions hygiéniques. Dans ces circonstances, il peut se développer spontanément; quelquefois il survient à la suite d'une friction rude ou d'une lésion très légère et superficielle de la peau.

c. Rupia.

Comme annexe à l'ecthyma cachectique, je ferai ici la description du *rupia*. Bateman a donné ce nom de *rupia* à une maladie de la peau caractérisée par une éruption de vésicules aplaties, circonscrites, ayant une base enflammée, contenant un liquide sanguinolent, se recouvrant d'écailles souvent accumulées en forme conique, se rompant facilement et se reproduisant. Bateman avait placé le rupia dans l'ordre des vésicules. Biett et son école, ainsi que Rayer, l'ont rangé avec plus de raison parmi les maladies bulleuses. Bazin l'a placé à côté de l'ecthyma, dans les maladies pustuleuses. Mais ces difficultés de classification ne sont pas les seules; le mot même de *rupia* a soulevé de nombreuses discussions. Willan n'avait pas admis cette maladie comme une espèce distincte et l'avait confondue avec l'ecthyma; Alibert l'avait également comprise dans le genre *phlyzacia*, et l'avait décrite sous le nom de phlyzacia chronique. Erasmus Wilson, après plusieurs hésitations, a fini par ne pas l'admettre, et Hebra déclare qu'en dehors de la syphilis, il n'a jamais rencontré une maladie cutanée se rapprochant de la description de Bateman et qui doive être distinguée de l'ecthyma. Pour ma part, il y a longtemps que je professe que le rupia n'est pas un genre nosologique légitime et que la maladie décrite sous ce nom n'est autre que l'*ecthyma cachectique*, affection développée sous l'influence de causes débilitantes. Pour soutenir cette opinion, je m'appuie surtout, au point

de vue pratique, sur l'impossibilité de trouver des signes diagnostiques distinctifs entre l'ecthyma cachectique et le rupia, relativement à l'évolution, à l'apparence, à l'étiologie et au traitement de ces deux états pathologiques. Je serais donc d'avis de rayer le nom de rupia de la nomenclature des maladies cutanées, tout en le conservant cependant pour désigner une forme toute spéciale et fréquente de syphilide pustuleuse (voyez *Syphilides*). Cela entendu, et sans abandonner aucunement l'opinion que je viens d'émettre, je crois cependant devoir entrer dans quelques détails relatifs au rupia tel qu'il est compris par certains auteurs.

La maladie débute par un soulèvement de l'épiderme distendu par un liquide d'un jaune brun, mélange de sérosité, de pus et de sang ; c'est une semi-pustule, une semi-bulle aplatie, d'une dimension variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de vingt centimes, peu régulière dans ses contours et entourée d'une auréole rouge inflammatoire. Cette pseudo-bulle bien distincte, bien circonscrite, soit qu'elle se rompe, soit qu'elle reste intacte, se solidifie ; une croûte se forme au centre, et la circonférence s'étend par un soulèvement progressif de l'épiderme, lequel soulèvement augmente graduellement les dimensions de la lésion cutanée. Plus tard cette lésion n'est plus constituée que par une croûte grise ou noire plus ou moins épaisse, ordinairement rugueuse et autour de laquelle se détachent quelques squames épidermiques concentriques. Au bout d'un temps variable, qui peut être de deux à quatre semaines, la croûte tombe spontanément et laisse à sa place une tache brune qui finit par disparaître peu à peu, ordinairement sans laisser de cicatrice durable, à moins qu'il ne s'agisse d'un rupia syphilitique, auquel cas la croûte est remplacée par une tache brune déprimée, et plus tard par une cicatrice arrondie qui devient blanche avec le temps. Quelquefois,

soit spontanément, soit par arrachement accidentel, la croûte est enlevée d'une manière prématurée, et alors on voit, à la place qu'elle occupait, une ulcération grisâtre qui ne tarde pas, par la dessiccation du liquide qu'elle sécrète, à se recouvrir d'une nouvelle croûte semblable à la première.

Cette lésion cutanée que je viens de décrire est ordinairement absente de douleurs et de démangeaisons ; c'est à peine s'il existe au point malade une légère cuisson ou quelques élancements. Mais l'état général est habituellement mauvais : l'appétit est peu prononcé, les digestions sont souvent pénibles et quelquefois suivies de diarrhée ; il y a de la fièvre, de la faiblesse musculaire et un amaigrissement assez marqué, tous phénomènes qui se rapportent à une débilitation très accusée de l'économie.

Les éléments éruptifs du rupia sont ordinairement peu nombreux, disséminés et distincts les uns des autres. Quelquefois plusieurs pustules se développent simultanément; mais l'éruption est plus habituellement successive, et la maladie peut se prolonger pendant des semaines et des mois, le même malade présentant ainsi, au même moment, des pustules commençantes, des croûtes, des ulcères et des macules cicatricielles récentes.

Bateman a décrit trois variétés de rupia, qui ont été généralement acceptées par les auteurs qui ont admis le rupia comme espèce nosologique ; ce sont : 1° le *rupia simplex*, 2° le *rupia proeminens*, 3° le *rupia escharotica*. Le *rupia simplex* est constitué par une vésico-pustule de petite dimension, contenant une sérosité trouble qui devient promptement purulente, puis qui se dessèche de manière à former une croûte assez adhérente et assez lente à se détacher. Il n'y a rien là qui se distingue de la pustule d'ecthyma ordinaire, si ce n'est peut-être une marche un peu plus lente. Dans le *rupia proemi-*

nens, la croûte se forme très vite au centre de la pustule, puis les bords se soulèvent par le fait d'une sécrétion séro-purulente excentrique et successive ; cette sécrétion se dessèche promptement et il se forme une croûte grise ou noire, épaisse, saillante, qui recouvre une ulcération de mauvaise nature. Cette croûte peut être enlevée ; l'ulcération apparaît avec sa couleur grisâtre, mais elle est bientôt cachée par une nouvelle croûte qui se forme très rapidement, laquelle prenant les caractères de l'ancienne, persiste jusqu'à ce qu'elle tombe spontanément par la cicatrisation de l'ulcère sous-jacent, en laissant à sa place une cicatrice plus ou moins durable. Dans le *rupia escharotica*, les pustules sont peu développées, les croûtes peu volumineuses, mais l'élément éruptif est bientôt entouré par un cercle grisâtre dû à la gangrène de la peau environnante. Cette variété qu'on observe particulièrement chez les enfants débilités par une maladie grave antérieure ou chez les adultes épuisés, s'accompagne des phénomènes adynamiques les plus graves ; je l'ai déjà décrite sous le nom d'*ecthyma gangréneux*.

Diagnostic de l'ecthyma. — L'ecthyma, et surtout l'ecthyma simple aigu, se reconnaît ordinairement assez facilement à l'isolement des pustules, à leur forme régulièrement arrondie, à leur dimension assez considérable, à leur point noir central et à l'auréole inflammatoire qui les entoure. Dans quelques cas cependant, et plus particulièrement dans la forme chronique, le diagnostic peut être plus difficile, et il est utile d'indiquer les signes à l'aide desquels on peut arriver à distinguer la maladie qui nous occupe, du furoncle, de l'acné, de l'impétigo, du pemphigus, de la variole et des éruptions syphilitiques.

Le furoncle à son début offre une assez grande ressemblance avec l'ecthyma ; fréquemment ces deux affec-

tions se rencontrent, simultanément ou successivement, chez le même sujet : mais la pustule initiale du furoncle est plus petite et plus acuminée que celle de l'ecthyma ; elle est entourée d'une auréole plus foncée et plus étendue, et surtout elle est promptement soulevée par un gonflement sous-cutané, qui augmente rapidement ; elle disparaît d'ailleurs bientôt pour ne laisser qu'une petite tache au milieu de la tumeur furonculeuse. La douleur est habituellement plus vive et plus lancinante dans le furoncle que dans l'ecthyma.

Dans l'acné pustuleuse, les pustules sont isolées comme dans l'ecthyma ; mais dans la forme simple de la première maladie, elles sont petites et pointues, et dans l'acné indurée il existe au-dessous de la pustule une base indurée qui ne se rencontre jamais dans l'ecthyma.

Avec l'impétigo, le diagnostic est également facile ; les pustules qui constituent la lésion initiale sont d'un petit volume, inégales entre elles et rapprochées. Elles se confondent, se rompent promptement, et donnent lieu à l'excrétion d'un liquide abondant qui se concrète de manière à former des plaques croûteuses jaunes, épaisses, anfractueuses, qui recouvrent habituellement une surface assez considérable et dont la configuration ne rappelle en rien la forme de la pustule initiale.

Il est quelquefois plus difficile de distinguer l'ecthyma du pemphigus, lorsque les bulles contiennent de la sérosité purulente ou lorsqu'elles ont été rompues et qu'elles sont converties en croûtes. Dans le cas où les bulles sont encore entières, on devra savoir que, dans le pemphigus, le soulèvement épidermique est moins régulièrement arrondi et plus étendu ; que le liquide purulent ressemble plus à de la sérosité purulente qu'à du pus phlegmoneux, et que le milieu de la bulle ne présente que bien rarement le point noir et légèrement déprimé qu'on observe habituellement dans la pustule d'ecthyma. La difficulté est

plus grande encore lorsque la lésion élémentaire n'existe plus et lorsque la maladie n'est plus constituée que par des croûtes ; il y a souvent alors une grande ressemblance entre le pemphigus et l'ecthyma cachectique ou rupia : dans la première affection, les croûtes sont ordinairement moins foncées, moins épaisses, moins proéminentes, moins régulières, plus étendues ; on n'observe pas autour d'elles la squame circulaire qui se retrouve habituellement autour de la croûte ecthymateuse ; ces croûtes sont d'ailleurs moins adhérentes, et, si elles sont enlevées prématurément, l'ulcération qu'elles laissent à découvert est moins profonde, moins sanieuse que dans l'ecthyma cachectique. J'ajouterai encore que l'éruption du pemphigus est plus diffuse que celle de l'ecthyma, et qu'elle n'a pas de siège spécial. D'ailleurs, dans les cas douteux, lorsqu'il n'existe que des croûtes, en attendant quelques jours, on voit ordinairement apparaître une nouvelle bulle ou une nouvelle pustule qui vient éclairer définitivement le diagnostic.

Malgré la ressemblance si grande des pustules de l'ecthyma avec celles de la variole, il faudrait une bien grande légèreté d'esprit pour confondre ces deux maladies, si dissemblables par leur nature, par leur marche et par leurs phénomènes généraux. Cependant chez les enfants l'éruption ecthymateuse est quelquefois presque générale, et, au premier abord, on pourrait croire à l'existence d'une variole ; mais l'absence des phénomènes appartenant à la période d'invasion de la fièvre éruptive, la marche lente de la maladie, l'existence simultanée de pustules à des degrés différents d'évolution, devront faire éviter une erreur qui ne pourrait être que momentanée.

La syphilis peut se manifester par des éruptions pustuleuses qui présentent tellement les caractères extérieurs de l'ecthyma qu'on leur a donné le nom d'ecthyma syphilitique (voy. *Syphilides*). Il est très important

de distinguer ces affections spéciales des diverses espèces d'ecthyma ; on y parviendra en se rappelant que les pustules syphilitiques sont entourées d'une auréole brune et cuivrée, qu'elles ont une marche plus lente, qu'elles sont ordinairement dispersées sur diverses parties du corps au lieu de siéger dans une seule région. Elles constituent également une lésion plus profonde que l'ecthyma simple ; les ulcérations qui succèdent à la chute prématurée des croûtes sont moins superficielles, et les croûtes qui succèdent aux pustules sont plus épaisses, plus inégales et d'une couleur d'un vert foncé très caractéristique. Cette couleur des croûtes, leur disposition en couches superposées, en manière d'écailles d'huître, l'auréole brune qui les entoure, sont autant de caractères dont on se servira pour distinguer l'ecthyma syphilitique de l'ecthyma cachectique. Dans les cas difficiles, le diagnostic doit être aidé par l'étude des circonstances antérieures et surtout par celle des phénomènes concomitants. Dans l'ecthyma cachectique, le plus souvent, il n'existe que l'éruption, et l'on constate comme cause une débilitation profonde de l'économie ; dans l'ecthyma syphilitique, outre les antécédents spéciaux, il y a habituellement, soit à la peau, soit aux muqueuses, soit dans le tissu osseux, quelque autre manifestation de même nature. Chez les enfants, le diagnostic entre l'ecthyma chronique simple et l'ecthyma syphilitique ne pourra souvent s'établir que par l'existence ou l'absence de ces phénomènes concomitants, et l'on devra se rappeler alors que dans le jeune âge il est bien rare de constater une éruption syphilitique sans qu'il existe en même temps des plaques muqueuses, des ganglions engorgés aux aines et au cou, et surtout un coryza persistant.

Je dois répéter encore ici que l'ecthyma simple aigu est presque constamment consécutif à la présence d'un parasite, et que, lorsque l'inflammation pustuleuse a été

reconnue, il est indispensable de compléter le diagnostic en recherchant les caractères spéciaux de l'affection parasitaire. On devra savoir alors que dans la gale les pustules ecthymateuses se rencontrent aux mains, aux fesses, aux coudes et aux pieds, et que la maladie se reconnaît au prurigo de la partie antérieure des cuisses et de l'abdomen, aux éruptions vésiculeuses et papuleuses des mains et des aisselles, et surtout aux sillons qu'on rencontre principalement sur les faces latérales des doigts, dans les interstices interdigitaux, aux poignets, au mamelon chez la femme et au pénis chez l'homme. Dans la phthiriase, au contraire, les mains sont exemptes de toute éruption; l'ecthyma est dispersé un peu partout, mais se développe principalement au dos, aux bras et aux cuisses; il coïncide avec un prurigo très marqué de la partie supérieure du dos: la présence du parasite doit être recherchée dans les vêtements qui recouvrent immédiatement la peau.

Relativement au diagnostic, les auteurs ont fait des efforts infructueux pour trouver des signes différentiels permettant de distinguer le rupia de l'ecthyma. La difficulté de cette distinction est la raison principale qui m'a déterminé à ne considérer le rupia que comme un ecthyma cachectique: pour moi, comme je l'ai déjà dit, il n'y a donc pas à établir de diagnostic différentiel entre le rupia et l'ecthyma; mais on doit chercher à séparer dans la pratique le rupia, ou ecthyma cachectique, du pemphigus et de l'éruption spécifique désignée vulgairement sous le nom de rupia syphilitique. Dans le pemphigus, les bulles sont plus nettes, souvent plus volumineuses; elles ne s'accroissent pas graduellement en périphérie par le soulèvement successif de leurs bords; leur contenu est plus clair; après la rupture de l'épiderme, le reste de la bulle forme des squames ou des croûtes superficielles qui n'ont jamais l'épaisseur ni la couleur foncée des croûtes du ru-

pia : le diagnostic est en général facile. Il n'en est pas tout à fait de même lorsqu'il s'agit de distinguer le rupia non spécifique du rupia syphilitique, et je dois dire que malheureusement cette erreur de diagnostic est fréquemment commise dans la pratique, la plupart des médecins ayant de la tendance à attribuer trop facilement à la syphilis les affections cutanées et particulièrement celles qui présentent des ulcérations. Pour éclairer ce point difficile de pratique, je dirai que le rupia non spécifique a des croûtes grises ou tout à fait noires, les ulcérations en sont peu profondes, l'auréole qui les entoure est ou rouge ou violacée ; tandis que dans le rupia syphilitique la croûte est plus sèche, plus anfractueuse, plus volumineuse, d'une couleur vert foncé ; elle ressemble à une écaille d'huître ; elle est plus adhérente ; le liquide sécrété par la plaie est moins abondant, plus épais, plus plastique ; l'ulcération, lorsque la croûte est enlevée, est plus profonde, les bords en sont nets et taillés à pic ; l'auréole ambiante est d'un rouge brun. Plus tard la cicatrice qui succède aux ulcérations est plus arrondie, plus pigmentée, plus persistante que dans le rupia ordinaire. J'ajouterai que le diagnostic doit s'appuyer encore sur les antécédents, sur les phénomènes syphilitiques concomitants et sur le résultat du traitement spécifique.

Pronostic. — La gravité de l'ecthyma varie suivant les espèces. L'ecthyma simple aigu peut se prolonger pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois, par des éruptions successives, mais il ne constitue jamais une maladie sérieuse. L'ecthyma gangréneux est au contraire très grave, et la mort en est la terminaison la plus ordinaire. Dans l'ecthyma chronique, le pronostic est assez incertain. Les enfants atteints de cette maladie présentent des phénomènes très prononcés d'affaiblissement ; leur nutrition est très altérée, et ils succombent souvent à la suite des troubles digestifs qui accompagnent

l'éruption. Chez les adultes, l'ecthyma cachectique est une maladie sérieuse et qui peut se terminer par la mort; mais le danger est plutôt le résultat de la débilitation profonde de l'économie qui a précédé l'éruption.

La maladie désignée sous le nom de rupia emprunte de la gravité aux conditions de débilité sous l'influence desquelles elle se développe. L'évolution de chaque pustule est longue, la cicatrisation ne s'obtient ordinairement qu'au bout de plusieurs semaines, et la maladie se prolonge souvent pendant plusieurs mois par le fait d'éruptions successives. La mort peut être une terminaison de cette affection bien plutôt par suite du mauvais état général du malade que par l'affection cutanée elle-même. Le *rupia escharotica* présente une gravité exceptionnelle.

Étiologie. — Les causes de l'ecthyma peuvent être réunies dans deux groupes, le premier comprenant les agents irritants qui déterminent directement l'inflammation de la peau, le second se rapportant aux diverses circonstances qui peuvent amener l'affaiblissement général. Dans la première catégorie, nous trouvons les frictions irritantes, principalement les frictions avec la pommade stibiée, le contact de substances âcres ou malpropres; mais ces causes, excepté les frictions stibiées, donnent lieu bien rarement au développement de l'ecthyma et déterminent bien plus facilement une éruption érythémateuse. Plus souvent on rencontre des pustules d'ecthyma autour des vésicatoires et autour des plaies; principalement aux jambes, à la suite de plaies contuses, on voit ces pustules se développer dans les environs de la lésion traumatique; cette complication vient souvent prolonger la maladie et la nécessité du repos. Mais, ainsi que je l'ai dit, la cause la plus commune de l'ecthyma aigu se trouve dans l'existence de la gale et de la phthiriase, et cela est si vrai, que la seule présence de l'ecthyma aigu doit faire présumer l'existence d'une maladie parasitaire. Ces causes externes

donnent lieu principalement à l'ecthyma aigu simple ; le jeune âge, le tempérament lymphatique, peuvent être considérés alors comme des circonstances prédisposantes. Ces mêmes causes externes peuvent également avoir une certaine influence sur la production de l'ecthyma gangréneux et de l'ecthyma chronique, mais elles ne constituent qu'une cause accidentelle ; la part véritablement importante doit être attribuée alors à toutes les circonstances qui amènent une dépression générale des forces, une altération profonde de la nutrition : tels sont, chez les enfants, la malpropreté, le défaut d'aération, et surtout une mauvaise alimentation, soit par le manque de lait de la nourrice, soit par un allaitement artificiel, soit par l'ingestion d'aliments trop solides ; chez les adultes, on doit signaler l'âge avancé, la misère, l'ivrognerie, une habitation humide ou mal aérée et les chagrins prolongés. On voit encore quelquefois l'ecthyma survenir à la fin des varioles graves, plus rarement à la suite des scarlatines et des rougeoles ; on sait également, dans ces circonstances, que l'éruption consécutive est sous la dépendance de l'affaiblissement général causé par la maladie fébrile.

L'ecthyma rupiforme se développe presque exclusivement sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques : il est observé chez des enfants débiles, mal nourris, mal vêtus, mal aérés ; chez des vieillards usés par l'âge et par les privations ; chez les individus, quels que soient leur âge et leur sexe, affaiblis par une maladie longue, par un travail exagéré et surtout par des excès alcooliques ou autres. En dehors de ces causes débilitantes habituelles, j'ai vu deux fois l'ecthyma cachectique auquel on donne le nom de rupia se développer, avec son évolution ordinaire et ses croûtes caractéristiques, chez des personnes en apparence bien portantes, qui avaient pris du bromure de potassium à la dose modérée de deux grammes par jour.

Deux fois également j'ai vu la même maladie survenir en différents points du corps, quelques jours après la vaccination, chez des enfants qui ne paraissaient pas malades antérieurement ; j'ajoute que ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Traitement. — Le traitement de l'ecthyma aigu simple est principalement local ; il se compose de l'emploi de cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de riz, de lotions émollientes, de compresses imbibées d'eau de guimauve appliquées sur les parties malades, de bains locaux ou généraux également émollients. Dans ces derniers temps, je me suis bien trouvé d'entourer incessamment les parties affectées d'ecthyma avec des morceaux de toile vulcanisée, de manière à intercepter complètement le contact de l'air sur la région malade, et j'ai vu souvent, sous l'influence de ce moyen si simple, les pustules se rompre et se cicatriser en quelques jours. Pour aider l'action de ce traitement local, on peut prescrire quelques tisanes rafraîchissantes ; on doit soumettre le malade à une certaine diète, le priver de vin pur, de café et de tout aliment excitant ; et surtout il faut exiger que la partie malade ne demeure pas dans une position déclive : en soutenant l'avant-bras dans le cas d'ecthyma des mains, en prescrivant le repos horizontal dans l'ecthyma des membres inférieurs, on calme la douleur et l'on diminue l'inflammation cutanée.

Dans l'ecthyma gangréneux, il ne faut pas faire abus des émollients locaux ; des cataplasmes de riz ou de fécule favorisent cependant la chute des eschares, mais il faut avoir recours surtout à des lotions toniques avec du vin aromatique, avec de l'alcool camphré étendu d'eau, avec une décoction de quinquina ou avec une solution de chlorure de chaux ; les plaies qui résultent de la chute de la peau et du tissu cellulaire mortifiés seront pansées avec de l'onguent digestif, avec du styrax ou avec l'on-

guent Canet. Mais le traitement principal doit s'adresser à l'état général, et consiste dans l'administration de boissons vineuses, de préparations de quinquina, et dans une alimentation en rapport avec les facultés digestives de l'estomac.

Ces derniers moyens sont ceux qu'on doit employer également dans le traitement de l'ecthyma chronique. Chez les enfants, il faut se borner, pour tout traitement topique, à saupoudrer l'éruption avec de la poudre d'amidon seule ou mélangée avec de la poudre de quinquina, et à panser les ulcérations qui résultent de la chute prématurée des croûtes avec de l'onguent Canet. Mais, si l'on veut obtenir une guérison solide, la principale chose est de s'opposer à la cause de la maladie cutanée et de changer l'alimentation, soit en donnant à l'enfant une autre nourrice, soit en mettant au sein, si cela est possible, l'enfant élevé au biberon, et surtout en soumettant à une diète exclusivement lactée l'enfant nourri avec des soupes grossières, des légumes, des fruits et même de la viande.

Chez les adultes atteints d'ecthyma cachectique et de rupia, on doit d'abord respecter les croûtes et n'employer aucun moyen qui puisse les faire tomber prématurément avant que la peau soit cicatrisée au-dessous d'elles ; il est donc bon de s'abstenir de lotions humides, de cataplasmes et de bains. Si les croûtes sont enlevées accidentellement, il faut, jusqu'à ce qu'elles soient reformées ou jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète, laver les ulcérations avec du vin aromatique ou avec de l'alcool étendu d'eau, les panser avec un onguent détersif et souvent les toucher avec le nitrate d'argent. Mais le traitement local est accessoire, et il faut surtout s'occuper de soutenir l'économie et de réparer les forces au moyen de tisanes amères, de boissons vineuses, de vin de quinquina, de préparations ferrugineuses, et à l'aide des moyens

hygiéniques susceptibles d'exercer une modification salutaire sur l'économie affaiblie.

3° Zona.

On peut discuter sur la nature du zona, mais je pense pouvoir dire, en dehors de toute contestation, que c'est une maladie bien délimitée, un genre nosologique bien distinct, bien légitime, caractérisé anatomiquement par des lésions inflammatoires du système nerveux, et symptomatiquement par des taches exanthématiques surmontées de vésicules groupées, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, accompagnées ordinairement de douleurs à forme névralgique s'irradiant suivant le trajet d'un ou de plusieurs nerfs, et présentant ce caractère singulier, de ne se montrer que d'un côté du corps, sans franchir la ligne médiane. J'ajoute que le zona a été désigné sous le nom d'*herpes zoster;* mais pour bien établir la différence radicale qui existe entre la maladie qui va m'occuper et l'herpès, je crois préférable de lui donner le nom de *zona* sans addition.

Historique. — Le *zona*, appelé aussi *feu sacré* (*ignis sacer*), *feu de Saint-Antoine*, a été longtemps confondu avec d'autres affections de la peau, et particulièrement avec l'érysipèle et les diverses variétés d'herpès; et il faut arriver jusqu'au dix-huitième siècle, jusqu'à Lorry, qui signale l'association de la douleur et de l'éruption, et surtout jusqu'à Borsieri, qui consacra à son histoire un chapitre important, pour voir le zona considéré comme une maladie bien distincte. A partir de ce moment, il a sa place marquée dans la nosologie, place variable d'ailleurs, suivant les bases de classification. C'est ainsi qu'il est placé par Willan et Bateman dans le groupe des lésions cutanées vésiculeuses, considéré comme une simple variété de l'herpès, et désigné sous le nom d'*herpes*

zoster. Meilleur observateur, Alibert le range parmi les maladies inflammatoires, dans la classe des dermatoses eczémateuses. Depuis cette époque le zona fut étudié de plus en plus dans ses détails, dans ses symptômes concomitants, dans sa marche, dans ses diverses variétés de siège surtout ; on signala sa présence dans certaines régions où il avait été méconnu. Mais le fait le plus saillant de l'histoire du zona dans ces dernières années, c'est certainement la connaissance des lésions du système nerveux en rapport avec l'éruption zonique. C'est en 1851 que Romberg signala pour la première fois l'altération des filets nerveux dans le zona; puis, par des travaux ultérieurs de Danielssen (1857), de Bärensprung (1863), de Mitchell, par les recherches de Wyss, de Charcot et Cotard (1860), par celles plus récentes de Vulpian, de Déjerine, de Renaut, etc., l'anatomie pathologique du zona fut définitivement constituée, et permet maintenant de rattacher cette maladie à une lésion bien définie du système nerveux.

Anatomie pathologique. — Le zona étant une maladie peu grave, les occasions d'étudier ses lésions anatomiques sont rares; cependant, grâce aux travaux récents dont je viens de citer les principaux, on peut faire aujourd'hui son anatomie pathologique, qui se rapporte aux lésions de la peau et à celles du système nerveux.

Les lésions de la peau sont assez semblables à celles qui existent dans l'eczéma vésiculeux : les vaisseaux sanguins des papilles et du chorion lui-même sont dilatés et gorgés de sang; dans les papilles, dans le corps muqueux, on rencontre une prolifération cellulaire très prononcée et de petits foyers de suppuration enfermés dans un appareil réticulé composé de cellules épithéliales comprimées, provenant des portions superficielle et moyenne de la couche muqueuse. Dans les vésicules et au milieu d'un liquide d'abord séreux et tout à fait transparent, puis louche et quelquefois d'aspect tout à fait puru-

lent, on trouve des leucocytes dont le nombre est en rapport avec l'aspect laiteux de la sérosité, et même des globules sanguins, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois dans la forme hémorrhagique et lorsque les vésicules ont une coloration brunâtre.

Mais les lésions caractéristiques du zona se rencontrent dans le système nerveux, et il est bien établi aujourd'hui qu'il existe des altérations dans les ganglions et dans les filets nerveux : dans les ganglions, et principalement dans les ganglions spinaux, pour les zonas du tronc, et dans le ganglion de Gasser, pour le zona ophthalmique, on a trouvé des cellules ordinairement fusiformes en nombre plus considérable que dans l'état normal et des dépôts de pigment ; dans les nerfs correspondant à la région où se trouvait le zona, on a constaté des lésions inflammatoires évidentes, c'est-à-dire la vascularisation du névrilème, le gonflement, le ramollissement, la couleur rougeâtre du nerf, et au microscope, des accumulations de myéline, des interruptions du cylindre-axe et, plus en dehors, la formation de cellules embryonnaires en nombre variable. On a signalé encore quelques autres altérations dans les racines des nerfs spinaux, dans la moelle, dans les nerfs crâniens et dans le cerveau lui-même ; mais il faut remarquer que ces cas se rapportent à des éruptions zoniformes symptomatiques de lésions du système nerveux, qui doivent être distinguées du véritable zona.

On a dit que les lésions anatomiques ne se rencontraient que dans les nerfs sensitifs ; je pense qu'elles doivent exister aussi dans les nerfs mixtes, peut-être même dans les nerfs moteurs, puisqu'on a observé des cas de paralysie musculaire à la suite de zonas.

Symptômes. — Dans quelques cas, la maladie est constituée par la seule éruption, sans aucun phénomène subjectif local ou général ; mais, le plus ordinairement, il existe au début, avant même toute manifestation cutanée

ou en même temps qu'elle, quelques frissons, un malaise général et de la fièvre; puis la maladie se caractérise par deux symptômes principaux, l'éruption et la douleur. C'est ainsi que l'on constate sur la région atteinte plusieurs plaques rouges, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine et plus ou moins rapprochées, ordinairement de forme ovale, longues d'un à quatre ou cinq centimètres, et sur lesquelles apparaissent bientôt des vésicules distinctes, du volume à peu près d'un grain de millet, contenant une sérosité claire et transparente. Ces vésicules sont au nombre de quatre, de douze, de quinze pour la même plaque; quelques-unes avortent en ne laissant qu'un débris épidermique; la plupart augmentent graduellement de volume, se touchent, quelquefois se confondent de manière à présenter une apparence bulleuse; en même temps le liquide se trouble, devient gris, parfois brun par l'addition d'une certaine quantité de sang; puis au bout de cinq à dix jours, la tache rouge s'efface, la vésicule s'affaisse par la résorption du liquide, ou elle se rompt, et il reste à sa place une croûte noirâtre qui tombe un peu plus tard en laissant une maculature brune, qui pâlit peu à peu et permet ainsi à la peau de reprendre sa couleur naturelle. Dans certains cas, surtout lorsque la sérosité est devenue purulente, la vésicule se rompt avant sa dessiccation, et il survient des ulcérations ayant ordinairement un aspect grisâtre dû à la présence de pseudo-membranes qui les recouvrent. Une fois formées, ces ulcérations sont le siège d'une sécrétion purulente et ne se cicatrisent qu'après plusieurs jours, quelquefois après une durée de quatre à six semaines.

Le nombre des plaques vésiculaires est variable: quelquefois il n'y en a que deux ou trois; dans quelques cas rares, il n'y a même qu'une seule plaque avec deux, trois ou quatre vésicules, et alors la maladie peut facilement

être méconnue ; habituellement il y a de cinq à dix plaques ; il peut y en avoir jusqu'à vingt. Leur étendue, l'intervalle qu'elles laissent entre elles, présentent également des différences : elles peuvent être assez distantes les unes des autres, quelquefois elles sont rapprochées ; dans quelques cas rares, elles se confondent et forment une surface vésiculo-bulleuse d'une étendue assez considérable. Dans quelques régions, et notamment à la nuque et au front, j'ai vu ainsi la partie malade recouverte d'une éruption vésiculeuse confluente, sans intervalle de peau saine. Cette forme a été désignée à tort sous le nom d'*herpes phlyctænoides*.

Dans le voisinage de l'éruption, surtout lorsque les phénomènes inflammatoires locaux sont assez prononcés, et par suite de la propagation de l'inflammation aux vaisseaux lymphatiques, il n'est pas rare d'observer le gonflement douloureux des ganglions lymphatiques correspondants, c'est-à-dire des ganglions axillaires pour le zona thoracique, des ganglions inguinaux pour le zona abdominal ou fessier.

La douleur qui accompagne très habituellement l'éruption zonique n'est pas constante ; on doit bien le savoir, on observe des zonas très caractérisés complètement indolents, et cela se rencontre surtout chez les enfants et chez les jeunes gens. Mais presque toujours il existe de la douleur ordinairement lancinante et présentant des redoublements comme celle qu'on observe dans la névralgie ; quelquefois elle se manifeste sous la forme d'une chaleur et d'une cuisson qui la font comparer par les malades à celle que produirait une brûlure avec de l'eau bouillante ; chez quelques personnes, c'est un sentiment de meurtrissure. Fabvre cite une observation de zona avec démangeaison. Chez certains malades, la douleur est sourde, peu vive ; chez d'autres, elle est très intense, insupportable, et elle présente particulièrement ces

caractères d'acuité chez les personnes sujettes aux névralgies ou au rhumatisme. Quant à son apparition, à sa marche et à sa durée, la douleur offre de grandes variétés : quelquefois elle précède l'éruption de quelques heures et même de deux ou trois jours ; habituellement il y a coïncidence, et plus rarement la douleur ne se manifeste que quelque temps après l'apparition des plaques vésiculeuses. Habituellement la douleur est constante avec des redoublements momentanés ; ces redoublements sont souvent réguliers, revenant aux mêmes heures et particulièrement le soir et pendant la nuit ; quelquefois, comme dans la névralgie, la douleur est franchement intermittente et l'accès reparaît à heure fixe, particulièrement le soir, contrairement à ce qui se passe pour l'accès de la fièvre intermittente palustre. La douleur disparaît ordinairement au moment de la dessiccation des vésicules, mais il n'est pas rare de la voir se prolonger au delà de l'éruption et même persister assez longtemps.

La douleur du zona augmente quelquefois par la pression, et il existe dans la région atteinte une véritable hyperesthésie ; d'autres fois au contraire, alors même qu'il existe des douleurs avec élancements ou cuissons, on a noté de l'anesthésie et de l'analgésie locales, mais je dois ajouter que ces derniers phénomènes sont rares. Plus souvent il y a un sentiment d'engourdissement douloureux ; il peut y avoir de la parésie et même une véritable paralysie musculaire, ainsi que je l'ai observé deux fois.

L'éruption et la douleur, signe et symptôme du zona, présentent ce caractère particulier qu'elles suivent le trajet d'un nerf ou de plusieurs nerfs voisins, et qu'elles sont en rapport avec leur direction et leurs divisions anatomiques. Circonstance excessivement importante, quelle que soit la région atteinte, cette éruption et cette douleur n'existent que d'un côté du corps ; les taches zoniques qui existent à la tête, au cou ou au tronc s'arrêtent brus-

quement à la ligne médiane en la dépassant parfois quelque peu; elles n'atteignent également qu'un seul membre, et alors elles suivent la direction d'un nerf déterminé. Le zona est, à proprement parler, une hémipathie; et c'est pour cela que j'avais proposé le nom plus exact, mais moins connu, d'*hémizona*. On a cité quelques exemples de zona double, je n'en ai jamais rencontré; une seule fois j'ai vu un zona thoracique coïncider avec deux ou trois plaques vésiculeuses développées de l'autre côté, un peu plus bas, à l'abdomen. On a cherché à savoir si le zona se montrait plus souvent à droite qu'à gauche; sous ce rapport, peu intéressant d'ailleurs, les statistiques sont contradictoires.

Pendant le cours du zona la santé générale peut persister; mais souvent il y a un léger mouvement fébrile; le pouls monte à quatre-vingts ou quatre-vingt-dix pulsations et la température s'élève aux environs de 38 degrés, rarement beaucoup au delà. La fièvre commence un peu avant ou en même temps que l'éruption; habituellement elle ne dure que deux ou trois jours; quelquefois elle persiste jusqu'à la cessation des phénomènes inflammatoires éruptifs; et dans les cas de poussées vésiculeuses successives, un mouvement fébrile peut accompagner chaque éruption ou même la précéder de manière à permettre de la prévoir. Lorsque la douleur est intermittente, sa réapparition peut coïncider avec un accès de fièvre également intermittente : j'ai observé un cas de ce genre l'été dernier, à l'hôpital de la Charité. Outre la fièvre, il y a souvent de l'anorexie et quelques phénomènes d'embarras gastrique. Les malades se plaignent également d'une insomnie assez pénible, causée le plus ordinairement par l'intensité des douleurs.

Pendant longtemps on a cru que le zona ne se développait qu'au tronc, à la poitrine ou à l'abdomen, d'où le nom de zona, ceinture, ou plutôt demi-ceinture; mais peu à

peu on a publié des observations d'éruptions douloureuses ayant par leur aspect et par leur marche tous les caractères du zona et se manifestant dans diverses régions : en effet cette affection peut se montrer sur le trajet des différents nerfs. Néanmoins c'est à la région thoracique et la région abdominale que cette maladie se développe le plus souvent ; elle commence alors suivant une ligne oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et les plaques vésiculeuses se présentent en nombre variable sur un espace comprenant en hauteur un, deux ou trois espaces intercostaux.

Relativement au degré de fréquence, on trouve ensuite le zona cervico-brachial ; le zona du bras, s'étendant quelquefois jusqu'à la main ; le zona sacro-ischié, suivant le trajet des nerfs sacrés ; le zona génital, suivant les divisions du nerf honteux ; le zona crural, le zona sciatique, le zona du cuir chevelu, le zona frontal ; le zona de la face, affectant rarement la totalité de la cinquième paire, mais borné le plus ordinairement à une des divisions de ces nerfs, et particulièrement à la branche ophthalmique, variété importante du zona que j'ai signalée un des premiers dans mes cours cliniques de l'hôpital Saint-Louis et qui a été décrite en détail et d'une manière toute spéciale par le docteur Hybord (thèse de Paris, 1869) ; variété dans laquelle les membranes de l'œil, la conjonctive, la sclérotique et l'iris peuvent être affectés isolément ou simultanément. Cette affection est ordinairement très douloureuse et peut entraîner la perte de la vue. Dans le zona maxillaire, en même temps qu'existent des plaques vésiculeuses à la peau des joues ou des lèvres, il peut s'en développer à l'intérieur de la bouche, sur la membrane muqueuse qui tapisse la face interne des joues et des lèvres, sur la langue, sur le palais, sur un des piliers et peut-être sur une amygdale : nul doute que cette affection n'ait été confondue plusieurs fois avec l'herpès fébrile,

avec la stomatite aphtheuse et même avec l'angine herpétique.

Marche. — Le zona est une maladie aiguë ; il faut attribuer à des erreurs de diagnostic les exemples cités par quelques auteurs de zonas se prolongeant pendant plusieurs semaines ou récidivant, à intervalles peu rapprochés, au moyen d'éruptions successives : il s'agissait probablement, dans ces cas, d'éruptions vésiculeuses symptomatiques de lésions nerveuses, éruptions qui doivent être distinguées du véritable zona, ainsi que je le dirai tout à l'heure à propos du diagnostic.

La durée du zona est quelquefois très courte, de quatre à six jours ; le plus souvent la maladie se prolonge pendant huit à dix jours, et au bout de ce temps la rougeur a disparu, les vésicules sont affaissées, et il ne reste plus de la maladie qu'une tache brune et quelques débris d'épiderme. L'éruption se fait ordinairement en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; quelquefois cependant il y a deux ou trois poussées éruptives, et la maladie peut se prolonger jusqu'à quinze ou vingt jours. Je ne parle que de l'éruption ; car, pour la douleur, tantôt elle disparaît avant ou en même temps que l'éruption, d'autres fois elle persiste indéfiniment. La durée totale de la maladie dépend d'ailleurs du mode de terminaison, qui est loin d'être toujours le même. Le zona n'a pas en effet toujours une marche aussi régulière que je viens de l'indiquer ; au lieu de se terminer par résolution, la maladie peut présenter divers accidents qui viennent l'aggraver et la prolonger. Je signalerai d'abord l'ulcération des vésicules : soit par un traitement intempestif, soit par un frottement, soit par toute autre cause, l'épiderme qui recouvre les vésicules peut se rompre prématurément, et à leur place il survient des ulcérations à fond grisâtre pseudo-membraneux, ordinairement très douloureuses et qui sont souvent assez longtemps à se cicatriser ; habituellement la

guérison n'a lieu qu'au bout de quatre, de six ou de huit semaines. Lorsque l'ulcération a été profonde et lorsque la guérison a été lente à se produire, il peut rester, comme vestiges de la maladie, des cicatrices indélébiles. Plus rarement, au moment de la dessiccation spontanée des vésicules, la guérison est retardée par le développement de furoncles développés à la région atteinte ou dans ses environs. Dans deux cas, j'ai vu également, après la disparition d'un zona, survenir un phlegmon sous-cutané peu étendu, terminé par suppuration.

Comme terminaison plus grave et signalée d'ailleurs par la plupart des auteurs, je ne dois pas omettre l'apparition de la gangrène autour et au-dessous des plaques vésiculeuses. On voit alors survenir autour des ulcérations et sur les parties ulcérées elles-mêmes des plaques grises, de véritables eschares, se détachant peu à peu, et donnant lieu à une perte de substance plus ou moins profonde, laquelle demande plusieurs semaines pour se cicatriser. En même temps se développe un mouvement fébrile intense, avec fréquence et faiblesse du pouls, avec sécheresse de la langue, et autres phénomènes adynamiques qui caractérisent les affections gangréneuses. Cette complication grave, qui se déclare exclusivement chez les gens affaiblis par l'âge ou par toute autre circonstance, peut occasionner la mort.

Mais comme terminaison commune du zona il ne faut pas oublier la névralgie persistante et rebelle ; au lieu de s'éteindre avec l'éruption ou peu de temps après elle, la douleur peut en effet subsister à la région atteinte, et c'est alors une véritable névralgie qui se prolonge pendant des semaines, des mois et quelquefois même des années. J'ai vu un assez grand nombre d'exemples de malades atteints, à la suite de zona, de douleurs soit continues, soit revenant par accès de plusieurs jours et même de plusieurs semaines, et entraînant de l'insom-

nie, de l'inappétence et un trouble général de l'économie. Ces accidents névralgiques se rencontrent principalement chez les individus âgés, ou nerveux sujets aux migraines, aux névralgies ou aux douleurs rhumatismales.

Je dois mentionner encore comme une terminaison rare du zona la paralysie, dont j'ai observé deux cas. Dans l'un il s'agissait d'un zona intense de l'extrémité inférieure droite, suivant le trajet du nerf sciatique, et qui fut suivi d'une paralysie des muscles animés par ce nerf, avec atrophie musculaire du membre. Cette paralysie amyotrophique, analogue à une paralysie infantile, quoiqu'elle ait eu lieu chez un adulte bien portant antérieurement, fut de longue durée et ne s'améliora que très lentement ; après le retour de la force musculaire, il restait encore de l'atrophie du membre. Dans l'autre cas, le zona avait été thoracique ; après la disparition de l'éruption, les douleurs persistèrent à un degré intense ; elles s'étendirent de l'autre côté, de manière à figurer la ceinture complète ; puis quelques semaines plus tard se développèrent des douleurs et de la paralysie dans les membres inférieurs ; la paralysie gagna ensuite les membres supérieurs, et le malade mourut par asphyxie. Il y avait eu évidemment une névrite, puis une myélite ascendantes. Plusieurs exemples de paralysies d'une semblable origine ont été publiés récemment.

Relativement à la marche du zona, il est encore une particularité intéressante à noter dans son histoire : c'est la rareté de ses récidives. Il est exceptionnel de rencontrer des malades atteints d'une éruption zonique et qui accusent avoir déjà été atteints d'une semblable affection. Kaposi cependant dit avoir vu un cas de neuf récidives, mais il cite ce fait comme une rareté ; pour ma part, je n'ai vu que deux exemples de zona survenus deux fois chez le même individu. On doit donc admettre la récidive du zona comme une exception.

Diagnostic. — Le zona est ordinairement facile à reconnaître : la présence de vésicules distinctes, localisées, groupées sur des plaques rouges, la disposition en traînée, la coïncidence habituelle d'une douleur névralgiforme, et surtout la disposition unilatérale absolue de l'éruption, sont des circonstances qui caractérisent suffisamment la maladie. Toutefois on doit être prévenu que lorsque l'affection siège sur le tronc, dans une partie couverte par les vêtements, ce qui est le cas le plus ordinaire, si l'on n'examine pas par la vue la région affectée, il peut arriver que le zona ne soit pas reconnu ; on ne fait attention qu'à la douleur, et l'on croit facilement à l'existence d'une névralgie intercostale ou d'une pleurodynie. J'ai vu d'assez nombreux exemples de ces erreurs, par défaut d'observation suffisante, pour que je croie utile de signaler la nécessité pour le médecin, en cas de douleur thoracique ou abdominale, de faire découvrir et de regarder la région douloureuse.

Au début de la maladie, on pourrait confondre le zona avec l'érysipèle ; j'ajoute même que cette confusion a été faite par les anciens médecins, qui décrivaient les deux affections sous le nom commun d'*ignis sacer*. Toutefois, dans l'érysipèle, le gonflement sous-cutané est plus considérable et bien limité par un bord saillant, la rougeur est plus continue, les vésicules sont moins distinctes les unes des autres et passent vite à l'état de bulles ; la maladie s'étend progressivement et fait la tache d'huile en envahissant les parties voisines ; la ligne médiane n'est pas respectée ; l'engorgement douloureux des ganglions de la région précède souvent l'éruption ; la fièvre est bien plus intense et les phénomènes généraux sont plus prononcés : et si l'hésitation dans le diagnostic différentiel peut se comprendre au premier moment, elle ne doit pas se prolonger.

J'ai vu quelquefois confondre le zona avec l'eczéma ; c'est là une erreur qu'on peut éviter en faisant attention

que dans l'eczéma les vésicules sont plus petites, plus confluentes, qu'elles se rompent plus facilement, qu'elles sont remplacées par des croûtes molles, jaunâtres; que l'affection n'est pas unilatérale; que le phénomène subjectif est plutôt une cuisson ou une démangeaison qu'une douleur lancinante; la maladie eczémateuse est habituellement apyrétique, sa marche est moins régulière et sa durée est plus longue.

Lorsqu'il s'agit du zona facial, ophthalmique, labial ou nasal, et surtout lorsqu'il n'existe qu'un petit nombre de plaques éruptives, on peut facilement croire à l'existence d'un herpès fébrile; dans ces cas, l'intensité et la durée du mouvement fébrile précédant l'éruption, le petit volume des vésicules, leur passage rapide à la suppuration et à la dessiccation, leur dissémination sans règle, leur présence sur la ligne médiane ou des deux côtés, l'absence de douleur, l'existence antérieure de maladies semblables, sont des circonstances importantes au diagnostic et qui doivent faire reconnaître la nature de l'herpès. J'ajoute que c'est à l'herpès qu'il faut rapporter ces éruptions vésiculeuses récidivant fréquemment et facilement chez certaines personnes à la face, aux parties génitales ou ailleurs, et qui ont été considérées par certains auteurs comme des zonas récidivants.

Dans ces derniers temps on a décrit comme appartenant au zona des éruptions ayant une forme vésiculeuse semblable à celle de cette maladie, et qui surviennent à la suite de lésions traumatiques ou autres d'un nerf, dans le cours de certaines maladies du système nerveux, et particulièrement chez les tabétiques. C'est par un abus de langage qu'on a désigné ces éruptions sous le nom de zona; elles diffèrent de cette affection par l'absence de fièvre, par leur cause, par leur marche, par leurs récidives possibles, par leur nature en un mot: ce sont des éruptions zoniformes, ce ne sont pas de véritables zonas.

Quant à établir le diagnostic entre le zona et l'herpès phlycténoïde, je ne crois pas utile de le faire, car dans mon opinion, contrairement à l'opinion des auteurs classiques, je persiste à penser que l'*herpès phlycténoïde* n'est autre chose qu'un zona des membres ou de la face. Dans les observations de cette variété d'herpès citées dans les livres ou dans les journaux, on retrouve les plaques rouges vésiculeuses, la douleur névralgiforme, la marche aiguë et la localisation unilatérale qui caractérisent le zona.

Pronostic. — Le zona est ordinairement une maladie peu grave, qui se termine promptement et heureusement ; il est particulièrement bénin et peu douloureux chez les enfants, chez les jeunes gens et chez les individus forts et ayant une bonne santé habituelle ; toutefois la possibilité de la persistance indéfinie de la douleur névralgique et d'une terminaison, heureusement très rare, d'une névrite ascendante viennent un peu assombrir le pronostic : comme je l'ai déjà dit, la névralgie persistante est à craindre chez les gens affaiblis, et particulièrement chez les vieillards débiles, chez les personnes nerveuses, impressionnables, atteintes de migraines, de douleurs névralgiques habituelles ou de rhumatisme. La terminaison du zona par ulcération est fâcheuse ; elle est accompagnée de douleurs assez vives, surtout au moment du pansement, et elle prolonge la maladie, mais elle n'entraîne pas un pronostic absolument grave et la guérison finit toujours par arriver ; il faut être prévenu seulement, dans ces cas, de la persistante des cicatrices. L'apparition de la gangrène est autrement grave et peut se terminer par la mort ; toutefois, lorsque les plaques gangréneuses sont peu étendues et lorsque les phénomènes généraux ne sont pas très graves, l'élimination des parties mortifiées peut se faire et la guérison peut survenir après un temps plus ou moins long.

Dans la description des phénomènes éruptifs du zona, j'ai dit que les vésicules pouvaient contenir du sang, et quelques auteurs ont indiqué cette circonstance comme constituant une variété du zona qu'ils ont désignée sous le nom de *zona hémorrhagique*. Il semble au premier abord que cette forme hématique doive se rencontrer chez les gens affaiblis et cachectiques, mais je dois dire que j'ai vu souvent le sang mélangé à la sérosité des vésicules chez des personnes bien portantes antérieurement, sans que je pusse expliquer cette circonstance, et en tout cas je n'ai pas constaté que le zona hémorrhagique fût plus grave que le zona ordinaire.

Étiologie. — Le zona se développe à tous les âges, à peu près également, sauf pour la première enfance, dans laquelle on en observe peu d'exemples. Quoiqu'on ait dit qu'il est plus commun pendant les saisons froides et humides, l'examen impartial des statistiques fournies par les divers auteurs fait voir qu'il a été observé avec une fréquence à peu près semblable dans toutes les saisons. Il atteint également les individus forts, les individus faibles; aucune maladie, aucun état diathésique ne paraît avoir d'influence sur son développement, et c'est pour satisfaire des idées théoriques qu'on a dit avec Bazin, contrairement à l'observation, qu'il était commun plus particulièrement chez les rhumatisants, chez les individus dits *arthritiques;* c'est à tort également que Leudet a considéré la phthisie comme une cause prédisposante du zona : il y a là, comme pour d'autres maladies chroniques, une simple coïncidence. Mais il semble que la maladie peut se développer, en toute saison, sous l'influence d'une certaine constitution médicale; il est certain qu'après être resté longtemps sans rencontrer un seul exemple de zona, on en observe souvent plusieurs cas en même temps ou à des époques rapprochées; et ces observations simultanées sont d'autant plus remarquables, que

le zona ne figure pas parmi les maladies les plus communes.

Quant aux causes déterminantes, le refroidissement me paraît être celle qu'on peut le moins révoquer en doute ; je l'ai retrouvée bien souvent chez les malades que j'ai eu occasion d'observer, et je la considère comme la cause la plus habituelle du zona. On a signalé aussi l'influence possible d'une émotion vive et particulièrement d'un accès de colère ; j'ai rencontré quelques cas pour lesquels cette influence morale pouvait être invoquée à bon droit.

Quelques auteurs ont cru à la faculté contagieuse du zona. Trousseau a observé un zona thoracique chez un jeune homme dont la mère entrait en convalescence d'une maladie semblable à la même région ; et d'après ce seul fait il se demande s'il n'y avait pas là lieu de croire à la contagion. Avec plus d'autorité et avec un plus grand nombre d'observations, Erb (*Neurologisches Centralblatt*, 1er décembre 1882) tend également à admettre que le zona peut se développer sous l'influence d'une infection contagieuse. Pour ma part, je n'ai jamais vu un seul fait dans lequel on pût soupçonner la transmission du zona par contagion, et je suis porté à rapporter à l'influence épidémique ou à de simples coïncidences ce qui a été attribué à la contagion.

On a admis encore des zonas traumatiques : on a cité des cas dans lesquels des zonas s'étaient développés à la suite de coups, de blessures. Le professeur Bouchard a communiqué à la Société de biologie deux observations de zona consécutifs à des traumatismes ; des faits semblables ont été rapportés par le professeur Charcot et plusieurs autres. Je ne nie pas ces faits ; mais dans quelques-uns des cas cités, et particulièrement dans les cas de lésions des nerfs, il s'agit plutôt de ces éruptions zoniformes que j'ai déjà signalées à propos du diagnostic que de véritables zonas ; dans les autres, l'émotion ressentie

au moment du traumatisme a pu jouer un rôle principal dans la production de la maladie ; mais du reste je ne fais pas difficulté d'admettre la possibilité d'un trauma comme cause du zona, quoique je considère ce fait comme peu commun.

Traitement. — Le traitement du zona est très simple, car il s'agit d'une maladie qui a un cours régulier et dont il faut savoir attendre la terminaison naturelle. On doit surtout empêcher la rupture prématurée des vésicules en les protégeant contre le frottement des vêtements et des objets extérieurs, et en recommandant de ne pas faire usage de topiques émollients susceptibles de ramollir l'épiderme. Pour modérer l'inflammation locale, on se trouvera bien de saupoudrer la partie malade avec de la farine, de la poudre d'amidon ou de lycopode, auxquelles on pourra ajouter un dixième ou un sixième d'oxyde de zinc et un vingtième de camphre, et en ayant soin, pour fixer la poudre, d'étendre préalablement une couche d'huile ou de pommade de concombre. En recouvrant le tout d'une forte couche d'ouate et d'un bandage approprié à la région, on obtient un excellent pansement. Pour protéger plus efficacement encore les vésicules, on a proposé de les recouvrir avec une couche de collodion ; j'ai employé plusieurs fois ce moyen de traitement, et j'y ai renoncé : la pression exercée par l'enduit imperméable est souvent douloureuse, et il m'a semblé que la suppuration et les ulcérations consécutives étaient plus communes.

Lorsque la résolution n'est pas obtenue et lorsque la maladie se termine par ulcération, il ne faut pas se contenter de topiques pulvérulents, et l'on doit alors au contraire faire sur la partie malade des lotions émollientes avec une décoction de laitue ou de guimauve et de pavot, appliquer des cataplasmes de farine de riz ou de fécule de pommes de terre ; et plus tard, lorsque les phéno-

mènes inflammatoires sont disparus, il faut panser les ulcérations avec du cérat ou du cold-cream mélangés à une faible dose d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth. Si les ulcérations deviennent végétantes, il est quelquefois nécessaire de les toucher avec du nitrate d'argent. Les bains sont rarement indiqués, il vaut mieux s'en abstenir ; ils pourraient augmenter les douleurs.

Dans le cas où le zona se termine par gangrène, on devra favoriser le détachement des eschares par l'application de cataplasmes de farine de lin, par des lotions alcoolisées et camphrées, par des décoctions de quinquina, par des solutions d'acide phénique ou de chloral au centième; et en même temps il est indispensable de soutenir l'économie par des préparations de quinquina, par des boissons vineuses ou alcooliques et par une alimentation suffisante.

Mais, dans le traitement du zona, l'indication principale est de calmer la douleur, souvent si intense, qui accompagne l'éruption. Pour arriver à ce but, on administrera au début l'extrait d'opium à la dose de deux à trois centigrammes matin et soir, l'extrait de belladone ou de datura stramonium à la dose d'un centigramme matin et soir; en cas de recrudescence périodique de la douleur, on se trouvera bien du sulfate de quinine. Pour obtenir du sommeil, on pourra avoir recours au chloral ou à une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine, laquelle injection doit être encore employée pour calmer des douleurs trop vives.

Enfin, lorsque la douleur névralgique subsiste après la disparition de l'éruption, il faut alors la combattre par les moyens employés habituellement contre les névralgies, savoir par les onctions avec des pommades au chloroforme, à l'extrait d'opium, par les vésicatoires simples ou morphinés, et principalement par les injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine. En cas de

douleurs rebelles, on peut avoir recours à l'électricité sous forme de courants continus, lequel moyen est surtout applicable aux paralysies musculaires consécutives au zona. Enfin contre des douleurs rebelles accompagnées d'excitations nerveuses générales, j'ai vu souvent réussir les eaux minérales, et particulièrement les eaux de Néris, ainsi que celles de Plombières, de Schlangenbad, de Ragatz, de Wildbad et de Gastein.

Nature du zona. — Après avoir donné la description du zona envisagé comme un genre nosologique bien distinct, il reste encore une question à traiter, c'est celle qui est relative à la nature de cette maladie. La plupart des auteurs modernes ont pensé avec Alibert qu'elle devait être rangée dans les maladies inflammatoires de la peau, maladies locales sans cause diathésique; les recherches récentes sur l'altération anatomique des nerfs et des ganglions nerveux correspondants à la région atteinte ont agrandi le cercle des phénomènes inflammatoires, et ont démontré que l'éruption était sous la dépendance d'une névrite, mais en permettant toujours de considérer la maladie comme une affection locale. Cependant quelques auteurs ont cru devoir ranger le zona au nombre des maladies générales. Pour Borsieri, cette maladie devait être considérée comme une fièvre éruptive. Sans se prononcer positivement, Trousseau, en se fondant sur la faculté contagieuse très problématique du zona et sur ses rapports de ressemblance avec l'érysipèle, paraît également pencher vers l'opinion de Borsieri. Tout récemment, dans une leçon clinique (*Semaine médicale*, 20 septembre 1883), un de nos agrégés les plus distingués, le docteur Landouzy, a rajeuni ces opinions et a cherché à démontrer que le zona, analogue aux fièvres éruptives, est une maladie générale infectieuse. A l'appui de cette manière de voir, il invoque la régularité cyclique du zona, la fièvre qui précède et qui accompagne l'érup-

tion ; il insiste sur la coïncidence assez fréquente de plusieurs zonas au même moment, apparaissant sous une forme presque épidémique, sur quelques faits supposés de contagion, et surtout sur la non-récidive du zona, procurant ainsi aux personnes atteintes une immunité contre une nouvelle invasion, immunité qui n'existe ordinairement que pour certaines maladies infectieuses spécifiques, telles que les fièvres éruptives, les oreillons, la coqueluche, etc. Malgré ces arguments, j'avoue que je persiste à considérer le zona comme une maladie inflammatoire locale : la circonscription si précise de l'éruption et de la douleur, l'absence fréquente de fièvre et de phénomènes généraux, la présence très habituelle d'une cause banale, telle que le refroidissement, la localisation si nette des lésions anatomiques atteignant le système nerveux, m'empêchent de reconnaître dans cette maladie les caractères d'une maladie générale infectieuse et spécifique, m'engagent à ne voir dans le zona qu'une maladie locale accidentelle, c'est-à-dire en dehors d'une cause diathésique, et me font persister à la considérer comme une névrite spéciale caractérisée par une éruption toute particulière.

Quant à l'opinion qui veut faire du zona une névralgie, opinion émise d'abord par Parrot, je n'ai pas à m'y arrêter ; je n'ai pour la réfuter qu'à rappeler que la douleur névralgique n'est pas constante et qu'il existe dans le zona des lésions anatomiques nerveuses positives qui ne sont pas rencontrées dans les névralgies.

4° Pemphigus.

Définition. — Classification. — Le mot *pemphigus* vient de l'expression grecque πέμφιξ, qui signifie bulle ou soulèvement épidermique d'un volume assez considérable. Il s'applique aujourd'hui à une affection caractérisée par

des bulles de dimensions variables survenant spontanément sur la surface cutanée et sur certaines muqueuses, et contenant, soit de la sérosité simple, soit un liquide purulent, soit un mélange de sérosité et de sang.

Cette maladie, si remarquable par ses caractères objectifs, a été connue des anciens médecins, ainsi qu'on peut le voir particulièrement dans les œuvres d'Hippocrate, de Galien et d'Aétius ; mais c'est à Sauvages qu'on doit d'avoir donné le nom de pemphigus à la maladie que je vais étudier. Les auteurs qui se sont occupés spécialement de dermatologie, Lorry, Plenck, Willan, Bateman, Alibert, Biett et ses élèves, ont donné de bonnes descriptions de cette affection et de ses différentes formes. On cite surtout Gilibert (de Lyon), auteur d'un livre sur le pemphigus (1814) ; mais dans cet ouvrage, beaucoup trop vanté, la maladie est considérée à tort comme se présentant sous la forme habituelle d'une fièvre éruptive ; les discussions hypothétiques relatives à la cause et à la nature de la maladie y tiennent une place considérable, et je regarde cette œuvre comme peu utile pour la pratique.

Willan et Bateman, et les auteurs qui ont classé les maladies de la peau d'après leurs lésions élémentaires, placent le pemphigus dans l'ordre des éruptions bulleuses. Bateman décrit séparément et comme deux genres distincts le *pemphigus* et le *pompholyx*, le premier étant constitué par une affection fébrile dans laquelle se développent sur la peau des bulles entourées d'une auréole inflammatoire : c'est la maladie indiquée par certains auteurs sous le nom de fièvre bulleuse et décrite particulièrement par Gilibert ; dans le pompholyx, il n'y a pas de fièvre et les bulles ne présentent autour d'elles aucune trace d'inflammation. Cette distinction n'a pas été maintenue, et le mot pemphigus seul a été conservé pour désigner une affection bulleuse avec ou sans fièvre, avec

ou sans phénomènes inflammatoires autour des bulles. Alibert, frappé surtout du caractère phlegmasique de l'éruption bulleuse, a placé le pemphigus dans la troisième classe de son ordre des dermatoses, dans les *dermatoses eczémateuses*, entre l'érysipèle et le zona (*Monogr. des dermat.*, p. 47). Gilibert a décrit le pemphigus comme une fièvre éruptive, prenant l'exception pour la règle, et laissant ainsi de côté les cas dans lesquels la maladie existe sans fièvre et se développe d'une manière essentiellement chronique. Bazin, fidèle à sa méthode dermatologique, place le pemphigus, considéré comme genre, dans les affections bulleuses, à côté de l'hydroa, de l'herpès et du rupia ; mais lorsqu'il l'envisage comme espèce nosologique, il admet deux pemphigus, l'un de cause externe, l'autre de cause interne : le premier dû à l'application directe d'un agent irritant sur la surface de la peau ou même à l'absorption de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses ; l'autre n'étant que la manifestation d'une maladie constitutionnelle, de la dartre, de l'arthritis, de la syphilis ou de la lèpre. Dans cette manière d'envisager le pemphigus et ses variétés, il me semble qu'il existe une confusion regrettable entre la bulle et le pemphigus, entre une lésion qui peut dépendre de plusieurs causes et une maladie bien distincte. Ainsi, Bazin donne le nom de pemphigus de cause externe à l'inflammation bulleuse qui suit l'application de la poudre de cantharides ou le contact de l'eau bouillante ; tout le monde conviendra qu'il y a là un singulier abus de mots, et qu'on ne peut considérer comme atteinte de pemphigus la personne à laquelle on aura mis un vésicatoire ou qui sera affectée d'une brûlure au second degré. L'existence d'une ou de plusieurs bulles ne suffit pas pour constituer le pemphigus, il faut encore que le développement de ces bulles ait lieu spontanément et successivement. D'autre part, le pemphigus diffère par

ses symptômes et sa marche des affections dites dartreuses : il ne se présente jamais chez les adultes comme manifestation syphilitique ; il n'existe pas non plus de pemphigus lépreux, attendu que les bulles qui surviennent quelquefois dans la lèpre ne sont qu'une lésion accessoire sans rapport avec le genre pemphigus ; et quant au pemphigus arthritique, son existence légitime est loin d'être démontrée. Aussi, pour ma part, frappé des caractères tout spéciaux du pemphigus, je n'hésite pas à le considérer comme un genre nosologique bien déterminé, d'une nature identique, malgré quelques variétés de forme, et différant totalement de la bulle isolée qu'on peut rencontrer dans diverses circonstances pathologiques. Comme cette maladie ne paraît pas se développer bien manifestement sous l'influence d'une diathèse commune, telle que la dartre, la scrofule ou la syphilis, j'ai cru devoir, à cause des phénomènes phlegmasiques locaux accompagnant la formation des bulles, la placer dans la classe des maladies inflammatoires de la peau, tout en admettant qu'elle semble souvent se manifester sous l'influence d'une disposition générale encore mal déterminée.

Dans ces derniers temps, on a signalé quelques cas de pemphigus consécutifs à une altération des nerfs correspondant à la région affectée ; mais dans ces observations dues à Charcot, à Cotard et à Déjerine, il s'agissait d'éruptions bulleuses locales, analogues au zona, bien plutôt que d'un véritable pemphigus. Sans nier l'influence du système nerveux dans les productions du véritable pemphigus, je dois dire que, dans cette maladie bien caractérisée par des éruptions disséminées, successives et spontanées de bulles, on n'a pas pu jusqu'à présent constater d'autres lésions anatomiques que celles qui existent à la peau.

Anatomie pathologique. — La bulle est le résultat

d'un œdème cutané, brusque et localisé, souvent consécutif à l'atonie d'une petite artériole ; le liquide séreux, se portant rapidement au-dessus du corps muqueux, soulève la lame cornée de l'épiderme, et il en résulte une cavité formée en haut par l'épiderme, en bas par la zone granuleuse dissociée, et par le corps muqueux ordinairement infiltré de cellules migratrices. Dans cette cavité se trouve un liquide analogue à la sérosité du sang, d'abord clair, contenant des globules blancs vivants, puis devenant louche par la mort et la dégénérescence graisseuse de ces globules. Ce liquide est albumineux et fibrinogène ; il se trouble par la chaleur et par l'acide nitrique, et il s'y forme un réticulum fibrineux, délicat, qui cloisonne la cavité et emprisonne dans ses mailles les globules. Outre les globules blancs, il s'y rencontre des globules rouges en quantité variable ; ils sont quelquefois assez nombreux pour colorer manifestement le liquide en rouge et pour constituer une bulle hémorrhagique. Sous le rapport de la composition chimique, le liquide de la bulle est alcalin, et l'on y a trouvé de l'albumine, un peu d'urée, des traces de chlorures et de sulfates.

Symptomatologie. — Considéré d'une manière générale, abstraction faite de ses variétés, le pemphigus est caractérisé par des bulles, ainsi que je l'ai énoncé dans la définition de la maladie. Ces bulles ne présentent pas toujours le même aspect : quelquefois semblables à un grain de millet, à un pois ou à une noisette, elles peuvent s'accroître jusqu'à acquérir le volume d'une noix, d'une orange et même une dimension supérieure ; ordinairement arrondies ou ovales et assez régulières, elles sont plus rarement tout à fait irrégulières. Le plus habituellement elles contiennent un liquide transparent, de couleur citrine et peu plastique. Comme je l'ai dit à propos de l'anatomie pathologique, ce liquide est albumineux et susceptible de se coaguler par la chaleur et

l'acide nitrique ; on y rencontre parfois des fausses membranes fibrineuses, analogues à celles qui existent dans les cavités séreuses enflammées. Quelquefois le liquide est trouble, lactescent et manifestement purulent ; plus rarement la bulle est distendue par un liquide brun, mélange évident de sang et de sérosité. Quelle que soit d'ailleurs l'apparence du fluide épanché, on y retrouve toujours, au microscope, des leucocytes et, en cas de coloration rouge, des globules sanguins. Dans la presque totalité des cas, il existe simultanément plusieurs bulles, soit nées en même temps et parvenues au même degré de développement, soit ayant paru successivement et présentant alors des aspects de la même lésion à ses divers degrés d'évolution. Dans quelques cas très rares, dont je n'ai jamais vu d'exemple, il n'existe qu'une seule bulle, ordinairement volumineuse : c'est la variété décrite par Bateman sous le nom de *pemphigus solitarius*.

La bulle du pemphigus commence par un léger soulèvement de l'épiderme, formé d'abord de vésicules inégales, lesquelles, en se développant, se réunissent, se se confondent et forment une ampoule plus ou moins volumineuse, autour de laquelle existe quelquefois une auréole rouge. La formation de la bulle est souvent indolente ; d'autres fois elle est accompagnée d'un sentiment douloureux de cuisson, de chaleur, d'élancements ou même d'une démangeaison plus ou moins prononcée. Une fois formée et arrivée à son entier développement, la bulle reste stationnaire pendant quelques jours, deux, trois, quatre ou cinq jours ; puis, ou elle s'affaisse par la résorption graduelle du liquide et laisse à sa place une squame assez épaisse ; ou elle se rompt soit spontanément par le fait seul de la distension de l'épiderme, soit par une cause extérieure ; alors le liquide se répand au dehors et, en se coagulant, forme avec les débris de l'épiderme une croûte plus ou moins épaisse, plus ou moins

durable, suivant la plasticité du liquide contenu dans la bulle. Lorsque le liquide est purulent, les croûtes sont plus volumineuses; elles sont jaunes, grises ou noires, et persistent quelquefois sans se détacher pendant dix, quinze ou vingt jours. Dans certains cas, la bulle ne se forme pas complètement; l'épiderme, à peine soulevé, se rompt et se détache seulement de sa couche profonde, en formant une squame dont les bords non adhérents s'enroulent légèrement en dehors; cette squame se détache facilement par la traction et l'on trouve au-dessous d'elle une surface rouge et humide; laissées en place, ces squames se recouvrent quelquefois de croûtes qui augmentent leur épaisseur. Ces bulles rudimentaires annoncent une altération profonde de l'épiderme, qui n'a pas la résistance nécessaire pour se laisser distendre sans se rompre; elles se rencontrent dans la plus grave variété du pemphigus, dans le *pemphigus foliacé*, dont je donnerai tout à l'heure la description.

Le siège et l'étendue du pemphigus sont variables. Quelquefois la maladie est bornée à certaines régions, aux membres particulièrement; le plus ordinairement les bulles sont disséminées de côté et d'autre; et dans le pemphigus foliacé la totalité de la peau est habituellement envahie et recouverte de squames à moitié détachées qui caractérisent cette variété. Dans certains cas, la maladie ne se borne pas au tégument externe, elle envahit les membranes muqueuses; on peut constater alors la présence de bulles et d'ulcérations consécutives à la face interne de la bouche et au pharynx; on en rencontre également, chez les femmes, aux grandes et aux petites lèvres et à l'intérieur du vagin. L'autopsie de personnes atteintes de pemphigus a souvent permis de constater, à l'intérieur de l'estomac ou des intestins, des ulcérations superficielles qu'on peut considérer comme le résultat d'altérations analogues à celles de la peau. Je signalerai

encore comme appartenant au pemphigus une altération spéciale des yeux, caractérisée par un soulèvement phycténoïde de la conjonctive oculaire. Ces sortes de bulles peuvent se rompre et donner lieu à des ulcérations ; le plus souvent elles persistent, le liquide qu'elles contiennent s'épaissit, et, en se concrétant, finit par amener au-devant du globe oculaire une tache opaque et épaisse qui intercepte plus ou moins complètement les rayons lumineux. Cette tache peut s'étendre graduellement et amener la cécité. En même temps, par suite d'ulcérations consécutives à la rupture des bulles, il peut s'établir des adhérences entre les paupières et le globe de l'œil ; l'ouverture palpébrale se rétrécit alors de plus en plus, l'œil s'atrophie et finit par disparaître presque complètement sous l'exsudat plastique qui le recouvre. Ce processus morbide singulier est analogue à celui qu'on rencontre chez certains malades atteints d'éléphantiasis des Grecs ; j'ai été conduit à le rattacher au pemphigus, en constatant sa coïncidence avec quelques bulles manifestement pemphigoïdes observées soit sur la peau du visage, soit à la surface interne de la bouche. Cette affection a été signalée par White Cooper et de Wecker, qui en ont publié chacun une observation ; pour ma part, j'en ai observé trois cas, dont deux ont été rapportés dans la thèse d'un de mes élèves, Hassan-effendi Mahmoud (*Monographie du pemphigus*, thèse de Paris, 1868).

A moins d'éruption très peu étendue et très peu durable, le pemphigus s'accompagne de phénomènes généraux annonçant un certain trouble dans la santé : les fonctions digestives sont ordinairement languissantes ; il y a peu d'appétit, les digestions sont lentes et la diarrhée est assez commune. Il y a quelquefois de la fièvre, soit d'une manière continue, soit par moments, mais sans périodicité. Les forces musculaires sont souvent diminuées, et dans les formes chroniques, comme je le dirai

tout à l'heure, on constate, soit un amaigrissement notable, soit de l'œdème tantôt borné aux extrémités inférieures, tantôt généralisé.

Variétés.

Le pemphigus ne se présente pas toujours sous la même forme et avec le même aspect. Tous les auteurs qui en ont donné la description ont admis un assez grand nombre d'espèces qui ne sont pas toutes les mêmes, et qui ne portent pas toutes le même nom : je crois inutile de les mentionner ; mais, pour compléter ce que je viens de dire en général sur le pemphigus, je pense qu'on doit décrire à part les variétés suivantes : 1° le pemphigus *aigu ;* 2° le pemphigus *bulleux chronique ;* 3° le pemphigus *foliacé ;* 4° le pemphigus *des nouveau-nés ;* 5° le pemphigus *des jeunes filles.*

a. Pemphigus aigu.

Au commencement de ce siècle, Gilibert (de Lyon) a décrit longuement cette maladie, qu'il a présentée comme une fièvre accompagnée de quelques phénomènes généraux du côté du système nerveux et du tube digestif, et caractérisée spécialement par une éruption bulleuse plus ou moins étendue. Je ne voudrais pas nier l'existence de cette forme de pemphigus, mais elle est rare, et le plus ordinairement le pemphigus affectant la marche aiguë se présente en même temps que les taches exanthématiques assez saillantes de l'érythème papuleux ; de sorte que, si je consultais seulement mes observations, je serais très porté à admettre que le pemphigus aigu n'est qu'une variété de la fièvre éruptive désignée sous les noms d'*érythème papuleux*, d'*érythème papulo-*

tuberculeux, d'érythème polymorphe, d'herpès iris. Cette éruption se manifeste principalement aux poignets et aux avant-bras, plus rarement aux genoux et aux cous-de-pied ; elle est constituée par des taches saillantes, d'un rouge vineux, sur lesquelles se développent des bulles peu volumineuses, arrondies et contenant de la sérosité citrine. Chez quelques malades, les taches exanthématiques sont peu marquées, et l'on aperçoit seulement les bulles entourées d'une auréole rouge. En tout cas, ces bulles sont peu volumineuses ; ordinairement la sérosité qu'elles contiennent se résorbe, elles s'affaissent, et sont remplacées par une squame ou par une légère croûte. Les parties malades sont habituellement le siège de cuissons, d'élancements, et d'un sentiment de chaleur ; ces symptômes locaux, d'ailleurs assez peu marqués, sont accompagnés, dans les premiers jours, de malaise général, d'inappétence, de céphalalgie, d'une fièvre peu intense, et plus rarement de douleurs rhumatoïdes. La maladie se prolonge pendant trois ou six semaines, et pendant ce temps elle est souvent entretenue par des poussées éruptives qui surviennent successivement. La guérison complète est la terminaison ordinaire ; dans quelques cas cependant, cette forme aiguë n'est que le commencement d'un pemphigus chronique, qui se continue indéfiniment.

Le pemphigus aigu, tel que je viens de l'indiquer, se rencontre principalement chez les sujets jeunes, et plus souvent au printemps que dans les autres saisons. Dans quelques cas on peut attribuer son développement à une fatigue musculaire, à un refroidissement ou à un excès de table. On l'a quelquefois rencontré chez les enfants au moment de la dentition. En s'appuyant sur la coïncidence de quelques douleurs musculaires ou articulaires, et en invoquant comme cause de la maladie un refroidissement possible, Bazin a fait du pemphigus aigu une

dépendance du rhumatisme. Sans discuter ici longuement cette question, je dirai seulement qu'on trouve rarement associées à l'éruption pemphigoïde aiguë les véritables douleurs rhumatismales, la fièvre, et les autres symptômes qu'on rencontre ordinairement dans le rhumatisme aigu.

Le *traitement* du pemphigus aigu consiste dans l'emploi de boissons rafraîchissantes, et de légers purgatifs salins, lorsqu'il existe quelques symptômes d'embarras gastro-intestinal ; les parties malades doivent être saupoudrées avec de la poudre d'amidon, et l'on doit s'abstenir d'employer des topiques humides et des bains. On doit prescrire en outre le repos et une nourriture douce.

b. Pemphigus bulleux chronique (*pemphigus diutinus*, Willan).

Symptômes. — Cette forme beaucoup plus grave est caractérisée par l'apparition de bulles d'un volume et d'une forme variables, qui se succèdent tantôt incessamment, tantôt avec des intervalles de quelques jours ou de quelques semaines. Chez le même malade, on observe ordinairement en même temps des bulles à divers degrés de leur évolution : les unes à leur début, les autres bien développées avec une distension épidermique complète, d'autres encore rompues ou affaissées et remplacées par des croûtes plus ou moins épaisses. Dans cette variété, les bulles contiennent tantôt de la sérosité transparente, tantôt un liquide purulent ; chez quelques sujets profondément débilités, le liquide est coloré en brun par une certaine quantité de sang. Au moment de la formation des bulles, les malades éprouvent souvent, à la région affectée, de la chaleur et de la cuisson ; quelquefois l'éruption est complètement indolente. Dans une variété de ce pemphigus bulleux chronique, la peau est le siège d'une

démangeaison excessivement vive : les bulles sont alors ordinairement petites et nombreuses, elles se succèdent rapidement, et la peau prend quelquefois une coloration brune semblable à celle qu'on rencontre dans les prurigo chroniques, coloration qui se rapporte à une sécrétion pigmentaire exagérée : c'est là la variété désignée par quelques auteurs, et en particulier par Alphée Cazenave, sous le nom de *pemphigus pruriginosus*.

Ordinairement, dans le pemphigus bulleux chronique, l'éruption est généralisée, et les bulles se développent indifféremment sur toutes les parties du corps ; dans quelques cas, la maladie se localise dans une région, aux membres inférieurs plus particulièrement, à la face ou au tronc. On voit souvent les bulles envahir également les membranes muqueuses accessibles à la vue ; la bouche est le plus fréquemment atteinte, et l'on rencontre alors, à la face interne des lèvres ou des joues, aux gencives, au palais, au voile du palais, soit des bulles, soit plus souvent des ulcérations superficielles, qu'on rapporte à tort à une stomatite aphtheuse. On peut observer aussi, avec son aspect si spécial, le pemphigus conjonctival que j'ai déjà indiqué.

Dans les premiers temps du pemphigus bulleux, la santé générale est ordinairement peu altérée ; mais lorsque la maladie persiste, l'éruption bulleuse, incessamment renouvelée, constitue une perte pour l'économie : la constitution s'altère, l'appétit diminue, les digestions sont pénibles, il s'établit souvent de la diarrhée ; les malades maigrissent, s'affaiblissent, et tombent dans un véritable état cachectique.

La terminaison de la maladie peut cependant avoir lieu d'une manière favorable, et l'on doit croire à la possibilité de la guérison complète du pemphigus bulleux ; la maladie est surtout moins grave lorsqu'elle est localisée. Mais très souvent, lorsqu'elle se prolonge, les forces

du malade s'épuisent, et il s'éteint avec les phénomènes de l'adynamie la plus prononcée. D'autres fois la mort est amenée par une complication, soit par une bronchite capillaire, par une tuberculisation pulmonaire à forme galopante, par une anasarque sans albuminurie, et plus souvent encore par une entéro-colite chronique. Dans ces circonstances, il n'est pas rare de constater la disparition de l'éruption bulleuse au moment où se déclare la maladie incidente. Enfin je ne dois pas omettre, à propos de la marche et de la terminaison de la maladie qui nous occupe, de mentionner la transformation assez fréquente du pemphigus bulleux en pemphigus foliacé.

Malgré ce qu'ont avancé certains auteurs, et en particulier Bazin, je considère les récidives de pemphigus comme rares ; il arrive bien, assez souvent, de voir chez certains malades les bulles disparaître, puis se développer de nouveau au bout de quelques semaines ; mais, dans ce cas, il s'écoule peu de temps entre la guérison apparente et la réapparition de l'éruption, et il n'y a pas alors une véritable récidive, parce qu'il n'y a pas eu guérison ; on a seulement constaté un amendement momentané, puis une recrudescence de la maladie. Au contraire, chez les personnes qui ont été atteintes de pemphigus et qui ont guéri, il est rare de voir la maladie reparaître au bout de plusieurs années, ainsi que cela arrive pour l'eczéma et pour les autres maladies dartreuses. Cette absence de récidives habituelles est une des raisons qui m'ont engagé à considérer le pemphigus comme une maladie accidentelle, dépendante de causes momentanées, mais non d'un état diathésique habituel.

Diagnostic. — Le diagnostic du pemphigus bulleux est extrêmement facile ; il s'impose véritablement par l'existence de ces bulles simultanées et successives qui sont caractéristiques de cette affection.

Je dois dire cependant que dans certains cas d'eczéma,

et particulièrement dans l'eczéma aigu des mains et des pieds, on rencontre des bulles résultant de la confusion de plusieurs vésicules voisines, et qui pourraient faire croire à l'existence d'un pemphigus. Le mode de formation de ces bulles, leur coïncidence avec des vésicules, le siège spécial de l'éruption, sont des caractères qui doivent servir à faire reconnaître l'eczéma. On peut encore être embarrassé pour distinguer le pemphigus à petites bulles de l'herpès généralisé, caractérisé par des vésicules disséminées, ainsi qu'il a été décrit par certains auteurs; pour moi, je regarde ces cas comme appartenant au pemphigus, et je les considère comme des *pemphigus à petites bulles*.

Le *pronostic* est grave : la terminaison funeste est fréquente, et, lorsque la guérison a lieu, ce n'est ordinairement qu'après un temps assez long.

L'*étiologie* du pemphigus bulleux chronique est assez obscure. Cette maladie a été observée quelquefois dans la première enfance ; elle est rare chez les jeunes gens et dans l'âge adulte ; on la rencontre surtout à partir de l'âge de quarante ans. On a voulu rattacher le pemphigus à une débilitation antérieure de l'économie, et Devergie l'a placé parmi les maladies cachectiques ; pour ma part, je crois que la cachexie est bien plutôt consécutive que préparatoire, et la plupart des malades que j'ai eu à soigner m'ont affirmé qu'avant l'apparition des bulles ils étaient forts et bien portants. Une des causes efficientes que j'ai rencontrées le plus souvent, c'est l'exposition habituelle à l'humidité, et surtout l'habitation dans un endroit froid et humide. Je crois devoir également signaler la mauvaise influence des inquiétudes morales et des chagrins. Enfin, comme une cause possible de pemphigus, je dois mentionner l'état de grossesse : j'ai vu plusieurs fois la maladie se développer sous cette influence et se prolonger jusqu'au terme de la gestation.

J'ai eu occasion de donner des soins, il y a quelques années, à une femme enceinte pour la dixième fois et atteinte d'un pemphigus prurigineux, laquelle avait été atteinte à chaque grossesse, à partir de la seconde, de la même éruption bulleuse ; et, malgré les traitements les plus variés, la maladie avait toujours persisté jusqu'à l'accouchement, sans porter préjudice au fœtus.

Traitement. — On a essayé contre le pemphigus bulleux les médications les plus variées, et je dois dire qu'il y a lieu surtout de compter sur le bon effet des toniques, et principalement des préparations de quinquina. On a conseillé aussi le fer, et particulièrement le perchlorure de fer, sous la forme de solution aqueuse au trentième, à la dose de six à douze gouttes par jour, dans une cuillerée d'eau ou sous la forme de sirop. On s'est bien trouvé aussi quelquefois de la solution d'arséniate de soude à la dose de cinq milligrammes à un centigramme par jour, et de l'arséniate de fer en pilules à la dose de un à trois centigrammes par jour. Une habitation saine, à l'abri du froid et de l'humidité, une nourriture fortifiante, l'emploi de médicaments destinés à favoriser la digestion et à prévenir ou réprimer la diarrhée, constituent des conditions indispensables de traitement. J'ajouterai que, dans cette maladie, il faut s'abstenir avec soin de bains et d'applications humides, qui favorisent la formation des bulles ; il faut se contenter, comme topiques, des poudres d'amidon, de tan ou de quinquina, qu'on projettera sur les parties malades. Contre les ulcérations consécutives à la rupture des bulles, on peut employer l'application de compresses enduites de cérat frais ou de glycérine, et mieux encore d'un liniment oléo-calcaire préparé en ajoutant une partie d'eau de chaux à trois parties d'huile d'amandes douces. Suivant l'exemple d'Hillairet, on s'est trouvé bien, assez souvent, de traiter le pemphigus comme une brûlure au second degré, et,

après avoir appliqué sur les parties malades du liniment oléo-calcaire, de les entourer avec une couche d'ouate maintenue par des bandes et laissée ainsi à demeure pendant plusieurs jours.

c. Pemphigus foliacé.

Symptômes. — Dans cette variété très importante et qu'on doit distinguer tout spécialement, les bulles sont rudimentaires et avortées, et la maladie est caractérisée par des squames. En effet, l'épiderme, à peine soulevé par la sérosité sous-jacente, au lieu de se distendre en ampoule, se rompt tout de suite et se présente sous la forme d'une squame, ordinairement arrondie ou ovalaire, d'une étendue de 2 à 4 centimètres, détachée sur ses bords, souvent enroulée en dehors et peu adhérente, de manière que la moindre traction la détache et laisse voir au-dessous d'elle une ulcération superficielle. Ces squames sont ordinairement juxtaposées, sans se recouvrir ; elles sont nombreuses et occupent habituellement la totalité de l'enveloppe cutanée. Il résulte de cette altération de la peau, chez les malades qui en sont atteints, un aspect tout particulier : par la présence de croûtes peu épaisses ou d'écailles épidermiques, le corps a une apparence foliacée ; le visage, fendillé et écailleux, est pâle et amaigri ; les paupières sont tirées en dehors par la sécheresse et la tension de la peau, et il en résulte un ectropion, d'autant plus marqué que les cils sont ordinairement tombés. Quelquefois même la conjonctive est le siège d'ulcérations, ou de ces adhérences plastiques que j'ai déjà signalées. Le cuir chevelu lui-même n'est pas épargné ; il est le siège de squames sèches, et il n'est souvent recouvert que par qnelques rares cheveux.

Les squames du pemphigus foliacé se détachent et

se renouvellent incessamment, de manière qu'on en trouve toujours une quantité considérable dans les vêtements et dans le lit des malades, et qu'il se produit une dépense énorme d'épiderme. Sur les parties qui sont exposées à une pression habituelle, au sacrum, au dos, aux coudes, à la partie postérieure des cuisses, l'épiderme soulevé est souvent enlevé trop tôt, avant d'être reformé au-dessous, et il en résulte des ulcérations plus ou moins profondes. Tantôt les squames sont tout à fait sèches, et l'on croirait à l'existence d'une affection véritablement et positivement squameuse : c'est ce qui arrive dans quelques cas rapportés à tort au pityriasis par Devergie sous le nom de *pityriasis rubra*, ou désignés par Bazin sous le nom d'*herpétite exfoliatrice.* Tantôt, au contraire, autour et au-dessous de la squame, il existe une sécrétion séro-purulente assez abondante, d'une odeur nauséabonde toute spéciale, susceptible de se solidifier et de former des croûtes. Au milieu de ces squames, quelle que soit leur apparence, on voit quelquefois se développer de véritables bulles qui semblent destinées à montrer le rapport de cette maladie foliacée avec le pemphigus bulleux, malgré la dissemblance si frappante des deux affections. Souvent ces bulles ont existé au début, et ce n'est que graduellement que les squames ont remplacé les bulles.

Dans le pemphigus foliacé, les malades accusent ordinairement à la peau un sentiment de cuisson et de chaleur, plus rarement de la démangeaison; les mouvements, en déchirant l'épiderme, en enlevant les squames, déterminent de la douleur, et le séjour au lit est habituellement obligatoire. Les phénomènes généraux graves, que j'ai déjà signalés dans le pemphigus bulleux, sont encore plus prononcés dans cette variété; l'affaiblissement, la maigreur, sont portés à un point extrême, et les fonctions digestives sont rarement intactes.

La durée de la maladie est variable, mais habituellement longue ; dans quelques cas rares, la mort arrive au bout de trois ou quatre mois ; j'ai vu des malades atteints de pemphigus foliacé depuis quatre ou six ans. La guérison est tout à fait exceptionnelle : les malades succombent, soit lentement, dans le dernier degré de la cachexie, par l'affaiblissement graduel qui résulte de la sécrétion épidermique incessante et du trouble des fonctions digestives, soit plus rapidement, par le fait d'une maladie incidente. Comme pour le pemphigus bulleux, les complications qu'on observe le plus souvent sont l'entérite, l'anasarque, la broncho-pneumonie.

Diagnostic. — L'aspect des malades atteints de pemphigus foliacé est tellement spécial, qu'il est ordinairement facile de reconnaître cette maladie. Toutefois l'absence des bulles et la présence des squames pourraient faire croire à l'existence d'une maladie primitivement squameuse, mais le caractère lamelleux des squames, leur peu d'adhérence, ne peuvent faire confondre la maladie avec un psoriasis ; leur étendue ainsi que leur humidité la distinguent du pityriasis. Néanmoins, comme je le disais tout à l'heure, les squames sont quelquefois tout à fait sèches et assez adhérentes, et l'on serait tenté de considérer cette forme comme appartenant au pityriasis, ainsi que l'a indiqué Devergie : l'étendue, la durée indéterminée de la maladie, la coïncidence de quelques bulles, même dans les exemples cités par Devergie, m'ont engagé à rattacher ces cas au pemphigus foliacé. Mais le point le plus important du diagnostic, relativement au pemphigus foliacé, consiste certainement dans la distinction à établir entre cette maladie et l'eczéma, distinction très nécessaire pour le pronostic et pour le traitement. On devra se rappeler alors que dans le pemphigus la maladie est ordinairement universelle : quelque étendu que soit un eczéma chronique, il ne couvre jamais la totalité

de l'enveloppe cutanée, il y a toujours quelques régions intactes; tandis que dans le pemphigus foliacé la maladie a tout envahi depuis la tête jusqu'aux pieds. De plus, dans le pemphigus, les squames sont plus larges, moins épaisses, plus nombreuses; elles se détachent plus facilement; les ulcérations sont plus superficielles; le liquide sécrété, moins plastique, empèse moins fortement les draps et le linge des malades. L'existence antérieure ou l'apparition incidente de bulles a évidemment une grande valeur dans le diagnostic, mais le plus ordinairement il n'est même pas besoin de ce signe caractéristique.

Traitement. — Ce que j'ai dit à propos de l'étiologie et du traitement du pemphigus bulleux se rapporte également au pemphigus foliacé. La thérapeutique est plus impuissante encore et simplement palliative : pour soulager les malades, on n'a guère d'autres ressources que de badigeonner la peau avec un liniment oléo-calcaire, de la saupoudrer avec des poudres inertes et d'envelopper les membres et même le tronc avec de la ouate; pour soutenir leurs forces, on a recours aux préparations de quinquina et aux amers, et l'on cherche à s'opposer aux accidents gastro-intestinaux à l'aide de l'opium, de la thériaque, du diascordium, de la pepsine et des eaux minérales ferrugineuses ou alcalines.

d. Pemphigus des nouveau-nés (*pemphigus neo-natorum*).

Les enfants nouveau-nés peuvent être affectés de deux variétés de pemphigus. La première, qui paraît dans les premières semaines de la naissance, est constituée par quelques bulles peu volumineuses, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, distendues par un liquide séro-purulent, et siégeant sur le cou, sur les épaules et sur le tronc. Cette éruption ne paraît accompagnée d'au-

cune sensation de douleur ni de démangeaison ; elle ne trouble en rien la santé, et se termine favorablement par la guérison, après le développement successif de quelques bulles. Cette maladie légère n'est jamais sérieuse et ne réclame aucun autre traitement que l'application de quelques poudres inertes.

L'autre variété de pemphigus est bien autrement grave et bien plus importante à connaître. Elle se manifeste, au moment de la naissance ou dans les quatre ou cinq premiers jours qui la suivent, par des bulles arrondies ou ovales, de la grosseur d'un gros pois, et qui se développent aux mains et aux pieds, principalement aux doigts et aux orteils. Ces bulles, contenant un liquide citrin, entourées par une auréole violacée, se rompent promptement, et donnent lieu à des ulcérations superficielles rosées ou grisâtres, qui s'agrandissent par la rupture de nouvelles bulles voisines, se manifestant successivement de manière à recouvrir quelquefois la région entière des mains et des pieds. Cette maladie peut se borner à quelques bulles ; la santé générale est peu ou point altérée, et la guérison a lieu ; mais cette heureuse terminaison est rare, je n'en ai rencontré que deux cas. Le plus ordinairement, les bulles se multiplient, les ulcérations s'agrandissent ; au bout de deux à quatre jours, on voit survenir des vomissements et de la diarrhée, souvent du muguet ; les petits malades ne veulent plus prendre le sein, ils maigrissent ; leur face se ride de manière à leur voir prendre l'aspect de petits vieillards, et la mort arrive pendant la première ou la seconde semaine de l'existence.

L'*étiologie* de cette variété grave de pemphigus n'est pas encore complètement éclairée. On la voit survenir quelquefois chez des enfants qui naissent faibles et chétifs ; mais il n'est pas rare non plus de la voir atteindre des sujets forts, nés avec l'apparence de la santé, et qui ne deviennent faibles et maigres que par le fait de la maladie.

La plupart des médecins, et à leur tête Paul Dubois, Cazenave, Depaul, Bouchut (1), considèrent le pemphigus des extrémités des nouveau-nés comme un accident de natures pécifique, survenant chez des enfants nés de parents syphilitiques. Si l'on a pu quelquefois constater l'existence de la syphilis chez l'un ou chez les deux parents de l'enfant, il est bien plus commun de ne pouvoir retrouver aucune trace ni aucun souvenir d'accidents syphilitiques ni chez le père ni chez la mère. J'ajouterai que le traitement spécifique mercuriel, qui réussit si promptement chez les enfants atteints des diverses formes incontestables de syphilis congénitale, échoue complètement dans le traitement du pemphigus des nouveau-nés.

Traitement. — Comme moyen de traitement, d'après les opinions d'origine syphilitique que je viens d'indiquer, on a proposé l'emploi de frictions mercurielles ou l'administration du mercure à la mère qui nourrit ou à la nourrice; je viens de signaler l'inefficacité de ce moyen, que je n'ai jamais vu réussir. En face de cette maladie grave, je pense qu'on doit se borner à saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon, à les envelopper dans de la ouate, à panser les ulcérations avec du cérat frais ou de la glycérine ; mais on doit s'efforcer surtout de soutenir les forces de l'enfant en lui donnant une bonne nourrice et en cherchant à combattre les accidents gastro-intestinaux à l'aide de la décoction blanche de Sydenham, ou d'une très légère dose de sous-nitrate de bismuth et de quelques lavements amidonnés.

e. Pemphigus des jeunes filles (*pemphigus virginum*).

J'ai cru devoir donner ce nom à une singulière maladie qui n'a pas été décrite et que j'ai rencontrée quatre fois,

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle*, 8e édit., 1885.

avec des caractères assez précis et dans des circonstances assez identiques pour mériter une désignation spéciale ; son apparence vésico-bulleuse, son développement par poussées successives, m'ont engagé d'ailleurs à la rapprocher des éruptions pemphigoïdes.

Cette maladie débute par des plaques rouges, ordinairement arrondies ou ovalaires, de cinq à six centimètres, sur lesquelles apparaissent quelques vésicules d'un volume inégal ; ces vésicules se rompent promptement et sont remplacées par des croûtes noirâtres, qui ressemblent assez à des eschares superficielles consécutives à une légère cautérisation par le fer rouge ou par un liquide caustique. Ces croûtes persistent pendant huit ou dix jours, puis tombent en laissant une tache violette, qui ne tarde pas elle-même à disparaître. Ces plaques peuvent être assez nombreuses et se développer successivement ou simultanément dans les diverses régions du corps ; séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, elles donnent à la peau un aspect tigré tout particulier. Elles sont accompagnées d'une sensation assez vive de cuisson et de chaleur. La santé générale est peu affectée ; il existe seulement quelques signes et quelques symptômes de chloro-anémie. Cette maladie est d'assez longue durée ; je l'ai vue se prolonger pendant plusieurs mois. Deux fois j'ai constaté la terminaison par la guérison ; dans deux autres cas, j'ai perdu de vue les malades alors que l'affection persistait encore.

J'ai rencontré cette maladie uniquement chez des jeunes filles de quatorze à vingt ans chez lesquelles la menstruation avait été interrompue, et, dans les deux cas de guérison que j'ai observés, la cessation des éruptions a coïncidé avec le retour des règles. Aussi, en m'appuyant sur ce dernier fait, je pense que le traitement doit avoir pour but de modifier l'état du sang par des ferrugineux et par les autres agents de la médication reconstituante. Puis

plus tard, l'état général ayant été amélioré, on devra avoir recours aux moyens qui peuvent avoir de l'action sur la menstruation, en employant les préparations de safran, l'apiol, l'anémone pulsatille, et particulièrement en insistant sur des pédiluves irritants fréquents, et en ayant recours, au moment présumé des règles, à l'application de deux ou de quatre sangsues à l'anus ou à la partie interne et supérieure des cuisses, répétée tous les mois jusqu'à l'apparition régulière du flux menstruel.

5° Acné.

Le mot *acné* paraît avoir été employé par les anciens médecins grecs et latins pour désigner une affection assez mal caractérisée du visage. Il fut appliqué par Willan et Bateman à une éruption composée de taches rouges et de petites tumeurs cutanées siégeant principalement au visage, aux épaules, au dos et à la poitrine, et déjà indiquée sous les noms de *varus*, de *couperose* et de *sycosis;* dans leur classification l'acné, faisait partie des maladies appartenant à l'ordre des tubercules. En France, plaçant la même affection dans la classe des dartres, Alibert la décrivit sous le nom de *varus*, en y comprenant également le flux sébacé, l'orgelet des paupières et le sycosis. Tandis que Biett, insistant d'ailleurs sur le siège anatomique de la maladie, qu'il plaçait dans les follicules sébacés de la peau, adopta comme les Anglais le mot *acné* pour désigner une maladie caractérisée par des pustules peu étendues, séparées les unes des autres, entourées d'une auréole rosée, plus ou moins dures à leur base, et répandues principalement sur le visage et sur les parties supérieures du tronc; il se sépara cependant des Anglais en transportant la maladie de l'ordre des tubercules dans celui des pustules et en distinguant le sycosis de l'acné. Ces opinions de Biett ont

été généralement adoptées ; mais néanmoins le cadre de l'acné s'est peu à peu étendu, et tout en maintenant la distinction bien tranchée entre le sycosis et l'acné, bien à tort rapprochés par Willan, Bateman, Alibert et Rayer, on est arrivé à désigner sous le nom d'acné toutes les affections des follicules sébacés de la peau, sans distinction de lésions élémentaires, et même à y comprendre des taches du visage bien positivement formées par le réseau vasculaire cutané, soit seulement congestionné, soit même dilaté, comme dans la couperose.

D'après ce que je viens de dire de l'acception si étendue du mot *acné*, on voit que ce nom s'applique à des maladies cutanées très différentes de nature ; en me reportant à la base de classification que j'ai adoptée, je ne dois, dans ce chapitre consacré aux maladies inflammatoires de la peau de cause locale, parler que des formes d'acné dans lesquelles les phénomènes inflammatoires sont évidents, en renvoyant l'histoire de l'acné congestive et de la couperose au chapitre des congestions de la peau, et la description de l'acné sébacée au chapitre des flux cutanés.

Acné inflammatoire.

L'acné inflammatoire, caractérisée anatomiquement par l'inflammation des follicules sébacés de la peau, et caractérisée par des pustules, par des tubercules et même par un processus hypertrophique de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, comprend trois variétés distinctes, quelquefois séparées, d'autres fois réunies, l'*acné pustuleuse simple*, l'*acné indurée*, l'*acné hypertrophique*. Je vais les décrire successivement ; j'y joindrai la description de l'*acné ponctuée* et de l'*acné varioliforme*, quoique les caractères inflammatoires y soient peu marqués ; et je commencerai par quelques détails

d'anatomie pathologique communs à ces diverses formes de l'acné.

Anatomie pathologique de l'acné inflammatoire. — La lésion primitive de l'acné consiste dans la rétention de la matière sébacée dans le conduit excréteur de la glande sébacée ; cette rétention simple et isolée de toute autre altération constitue l'acné ponctuée. Mais quelquefois la matière sébacée n'est pas évacuée au dehors, elle se dessèche, et la cavité qui la contient joue au milieu des éléments de la peau le rôle d'un corps étranger. On voit alors se manifester une dermite congestive caractérisée par la dilatation des petits vaisseaux ambiants, par la formation de cellules embryonnaires qui entourent la glande et l'isolent ; puis un liquide séropurulent se produit, l'épiderme est soulevé sous forme de pustule, il se rompt, et donne issue à du pus mélangé au produit sébacé. Mais le processus inflammatoire peut être plus intense, et des infiltrations plus denses et comme furonculeuses se produisent ; il se forme alors des indurations à apparence tuberculeuse : c'est ce qui arrive dans l'acné indurée. Enfin plusieurs groupes de glandes peuvent être atteints simultanément ou successivement ; il s'établit autour d'eux une prolifération cellulaire qui s'organise peu à peu en tissu fibreux ; les vaisseaux des glandes et les vaisseaux ambiants se dilatent, deviennent variqueux, et l'on voit alors survenir l'acné hypertrophique.

a. Acné simple ou pustuleuse.

Au degré le plus léger, l'*acné simple* (*acné simplex* des auteurs) se présente sous la forme de petites pustules parfaitement régulières, du volume d'une pointe ou d'une tête d'épingle, et entourées d'une tache rouge peu étendue, qui leur sert d'auréole. Ces pustules ne

sont pas douloureuses ; elles ne s'accompagnent d'aucune démangeaison et donnent à peine lieu à une légère cuisson ou à une légère sensation de chaleur. Leur période d'évolution est courte ; elles acquièrent presque tout d'un coup leur volume, et après trois ou quatre jours elles se rompent ; le liquide purulent, qu'elles contiennent en très petite quantité, s'épanche au dehors ; il s'évapore ou est essuyé accidentellement, mais il ne se sèche pas de manière à former une croûte persistante. A la place occupée par la pustule, il ne reste plus qu'une tache non saillante, d'un rouge assez vif, et qui est quelquefois assez lente à disparaître. Puis de nouvelles pustules se forment, se développent et se mélangent avec les taches dont nous parlions tout à l'heure, de manière à constituer une éruption d'autant plus apparente qu'elle siège constamment au visage.

Quelquefois la pustule de l'acné simple est plus volumineuse ; elle présente une base légèrement saillante, d'un rouge assez vif, qui persiste huit ou quinze jours après la rupture de la pustule, et qui peut donner lieu à une petite cicatrice. C'est là une véritable transition entre l'acné simple et l'acné indurée. Comme on rencontre fréquemment cette variété chez les jeunes gens des deux sexes, on lui a donné le nom d'*acne juvenilis*.

b. Acné indurée.

L'*acne indurée* ou *tuberculeuse* est l'exagération de la variété précédente ; elle est de même constituée par des saillies arrondies, disséminées, quelquefois agglomérées, mais toujours distinctes les unes des autres, lesquelles sont formées de deux parties, d'une base dure de couleur violacée, véritable tubercule, et d'un sommet pustuleux placé au-dessus. Cette pustule se rompt au bout de quelques jours ; il s'en échappe quelques goutte-

lettes de pus, quelque ois même une espèce de bourbillon ; l'ouverture se referme tout de suite sans présenter de croûtes, mais la base persiste plus longtemps, souvent quelques semaines, et ne disparaît que pour laisser habituellement une cicatrice, quelquefois indélébile, qui ressemble à celle de la variole. A côté de ces pustules à base tuberculeuse on voit souvent aussi se former, dans l'épaisseur de la peau, de petites tumeurs d'un rouge foncé et qui acquièrent le volume d'un pois ou d'une petite noisette. Une fois formées, ces tumeurs restent assez longtemps stationnaires, puis elles se ramollissent ; on y perçoit une fluctuation obscure ; et si on les incise, il en sort avec peine, et en très petite quantité, un mélange épais de pus et de sang, quelquefois seulement du sang. L'incision se referme vite, et il reste une induration qui ne se dissipe que lentement, en laissant une cicatrice. Quelquefois, sur le sommet de ces petites tumeurs, il se forme une pustule qui s'ouvre spontanément, pour s'effacer promptement après, en ne laissant qu'une base dure ; d'autres fois la matière contenue est résorbée, la tumeur s'affaisse ; mais, dans tous les cas, il reste une cicatrice irrégulière, souvent assez profonde. Il n'est pas rare de voir sur la même personne ces divers degrés de l'acné indurée. Les tubercules et les pustules sont quelquefois en très grand nombre. On les observe plus particulièrement au visage ; mais on les rencontre aussi à la nuque, aux épaules, à la poitrine et surtout au dos. Le plus ordinairement ces diverses régions sont atteintes simultanément.

Quel que soit d'ailleurs l'aspect de l'acné indurée, le développement des tubercules et des tumeurs dont nous venons de parler a lieu sans douleur et sans démangeaison ; il existe tout au plus une légère cuisson au point malade ; seulement les malades se plaignent quelquefois d'un sentiment de chaleur à la tête. L'acné indurée s'ac-

compagne souvent de quelques pustules d'acné simple ; on peut encore voir réunies à elle les plaques rouges de l'acné érythémateuse, les points noirs de l'acné ponctuée et la couche huileuse de l'acné sébacée fluente. De la réunion de ces diverses formes d'acné, auxquelles se joignent encore des cicatrices violacées ou blanches, traces de tubercules anciens ou récents, résulte alors un aspect répugnant du visage, qui constitue une difformité fâcheuse.

c. Acné hypertrophique.

A la suite de l'acné simple, de la couperose, et surtout après des poussées longtemps continuées d'acné indurée, la fluxion sanguine permanente qui accompagne ces éruptions peut amener une hypertrophie de la peau, qui se traduit par des tumeurs rouges ou violacées, molles, sillonnées et entourées par des veines dilatées ; elles sont recouvertes, le plus ordinairement, d'un enduit huileux, dû à une hypersécrétion de l'humeur sébacée. Ces tumeurs ont un volume variable, depuis un pois jusqu'à une noix ; quelquefois elles sont pédiculées et disséminées, d'autres fois elles sont réunies en groupes. Cette acné hypertrophique se développe presque exclusivement sur le nez, qui prend un aspect bourgeonnant, et qui acquiert un volume souvent double de celui qu'il présentait auparavant. Cet organe est tantôt grossi uniformément avec une coloration rouge, vineuse ; il présente un épaississement de la peau, dont les follicules sont dilatés et béants ; tantôt il est recouvert d'une ou de plusieurs tubérosités distinctes, molles, rouges, piquetées par l'orifice élargi des follicules, luisantes par le flux sébacé, et parsemées de veines variqueuses. On peut trouver quelques tumeurs semblables sur les joues, sur le front, près des parties génitales, aux cuisses, mais le

siège de prédilection de cette maladie est au nez. Dans les parties affectées, et à leur voisinage, il existe quelquefois un sentiment de chaleur et de légère cuisson, mais il n'y a pas de véritable douleur, et jamais de démangeaisons.

Quelle que soit sa forme élémentaire, l'acné inflammatoire se développe de préférence sur certaines régions : on trouve le plus souvent les pustules et les tubercules d'acné simple ou indurée sur le visage, sur les épaules, sur le dos ou sur la poitrine ; l'*acne juvenilis* se développe surtout au front, aux tempes ; l'acné hypertrophique attaque le nez. Bien exceptionnellement on voit quelques pustules d'acné simple sur le ventre, sur les reins ou sur les membres ; il est moins rare d'en rencontrer sur les fesses et sur les parties supérieures des cuisses.

A propos du siège, nous devons signaler une variété particulière d'acné, qui a été signalée sous le nom d'*acne pilaris*, parce qu'elle apparaît sur le cuir chevelu ou dans la barbe ; son siège anatomique est dans les follicules sébacés annexés aux follicules pileux. Elle est caractérisée par de petites pustules dont la base est légèrement saillante, et dont le sommet ombiliqué est souvent traversé par un poil. Les petites pustules se dessèchent vite et se transforment en petites croûtes brunes, comme enchâssées dans une légère saillie. Cette saillie s'affaisse, la croûte tombe, et il reste une cicatrice un peu déprimée. Développée d'abord dans la glande sébacée, l'inflammation gagne quelquefois le follicule pileux, et le poil tombe souvent pour ne plus repousser. Les pustules de l'*acne pilaris* sont ordinairement disséminées sur les différents points du cuir chevelu ; on les voit surtout près des tempes ; quelquefois elles sont réunies

en groupes, de manière à figurer des plaques. Cette maladie s'accompagne de quelques picotements, et même, chez certaines personnes, de très légères démangeaisons. Elle est tenace et récidive facilement.

Marche. — Toutes les variétés d'acné inflammatoire ont une marche lente; elles présentent des poussées successives, qui éternisent la maladie : il est ordinaire de voir les éruptions acnéiques se prolonger pendant plusieurs années, quelquefois même elles persistent indéfiniment. Cela est vrai surtout pour l'acné hypertrophique, laquelle n'est pas susceptible de guérison spontanée. Très souvent, au contraire, l'acné simple et l'acné indurée s'affaiblissent avec les années, et finissent par disparaître. Cela est vrai surtout pour l'*acne juvenilis*, qui affecte les jeunes gens à l'âge de la puberté et qui disparaît de dix-huit à vingt-cinq ans.

Le *diagnostic* de l'acné inflammatoire est en général facile à établir : la dissémination des pustules, l'absence des croûtes, l'absence de douleurs et de démangeaisons, le siège spécial des éruptions, la marche chronique de la maladie, sont autant de caractères qui serviront à la distinguer des autres affections cutanées qui présentent avec elle quelque ressemblance. L'impétigo et la syphilide pustuleuse acniforme sont celles qui s'en rapprochent le plus par leur aspect; cependant, dans la première affection, les pustules sont agminées ; en se rompant, elles donnent lieu à une sécrétion plastique qui se concrète en croûtes souvent épaisses et occupant une large surface ; il y a un peu de douleur et de la démangeaison. Il est plus difficile, dans certains cas, d'établir le diagnostic différenciel entre l'acné et la syphilide acniforme, ce qui se comprend, le siège anatomique des deux affections étant le même. Toutefois on reconnaîtra la syphilide à l'existence des pustules dans les différentes régions du corps, et principalement aux membres, sur lesquels l'acné

simple ne paraît pas, à l'auréole cuivrée qui entoure la base des pustules, et dont la couleur augmente graduellement d'intensité jusqu'au brun, alors même qu'il n'existe plus ni pustule, ni croûte. C'est surtout l'*acne pilaris* qui est prise fréquemment pour une syphilide. Il suffit de signaler cette erreur pour la faire éviter, en faisant remarquer que, dans la syphilis, les éruptions ne sont pas bornées au cuir chevelu, et que si quelquefois on trouve, au début de la période secondaire, quelques croûtes brunâtres au milieu des cheveux, l'éruption est alors plus superficielle, les croûtes sont plus molles, plus étendues ; on peut constater en même temps, ou bientôt après, des éruptions de roséole ou de syphilide papuleuse, en même temps que des engorgements indolents des ganglions des aines ou de la région cervicale postérieure. On comprend d'ailleurs que, dans les cas douteux, le diagnostic soit aidé par la présence ou par l'absence des phénomènes positifs de syphilis constitutionnelle.

Pronostic. — L'acné inflammatoire est une maladie qui n'entraîne jamais de danger ; mais la durée en est longue, les récidives en sont faciles, et le siège habituel au visage en fait une maladie très désagréable, qui entraîne une foule d'inconvénients dans les rapports sociaux. On peut cependant espérer la guérison lorsque la maladie est récente ; les moyens thérapeutiques échouent le plus souvent, lorsque l'éruption est ancienne, on ne peut souvent alors qu'obtenir une amélioration momentanée. L'acné hypertrophique doit être regardée comme à peu près incurable.

Étiologie. — Certaines personnes présentent une organisation particulière de la peau qui les dispose à l'acné : la peau du visage est épaisse, luisante, l'orifice des glandes sébacées est élargi et entr'ouvert. La plupart de ces personnes présentent les caractères du tempéra-

ment lymphatique, et Bazin en a conclu que, le plus ordinairement, l'acné, particulièrement dans la forme indurée, est un symptôme de la scrofule, une scrofulide. Nous ne pouvons admettre une telle opinion, qui nous paraît en contradiction avec un grand nombre d'observations dans lesquelles on voit l'acné inflammatoire se développer chez des sujets très bien portants et exempts de tout signe de scrofule. Nous n'admettons pas davantage la nature arthritique de l'acné, également invoquée par Bazin ; nous regardons cette opinion comme peu en rapport avec des faits bien constatés. L'acné est une affection locale des follicules sébacés, survenant en dehors de toute maladie constitutionnelle. On la rencontrera chez des scrofuleux, chez des goutteux, chez des individus atteints d'éruptions dartreuses ou de symptômes syphilitiques ; mais, comme on l'observe aussi, le plus souvent, en l'absence de toute influence diathésique, nous en concluons qu'elle est indépendante des maladies constitutionnelles, et que lorsqu'on la rencontre associée à une des affections générales que nous venons de nommer, c'est une pure coïncidence, sans relation de cause à effet. Nous rejetterons de même l'influence du trouble de certains organes invoquée par quelques médecins dans la production de l'acné ; elle coïncide habituellement avec la meilleure santé, elle se développe souvent chez les individus vigoureux, et elle ne paraît pas en rapport avec des troubles gastriques ou intestinaux, ni avec les désordres de la menstruation. Elle est bien moins que la couperose sous la dépendance de la constipation et des autres causes qui favorisent l'afflux du sang à la tête.

L'acné inflammatoire se rencontre à peu près également dans les deux sexes, mais l'âge a une grande influence sur son développement. L'acné simple et l'acné indurée, inconnues dans l'enfance, sont communes au mo-

ment de la puberté ; c'est à cet âge de transition que se développe surtout cette forme intermédiaire à l'acné simple et à l'acné indurée, désignée sous le nom d'acné juvénile. L'acné hypertrophique ne se développe que chez les gens d'un certain âge, après cinquante ans. Nous ne connaissons pas l'influence des climats ; nous signalerons cependant la mauvaise influence des bords de la mer : j'ai vu souvent des acnés se développer ou s'exaspérer à la suite de bains de mer, et quelquefois même à la suite d'un séjour de quelques semaines dans une atmosphère maritime. Quant aux saisons, on a dit, sans preuves suffisantes, que le printemps favorisait le développement de l'acné inflammatoire. Mais je dois constater que cette maladie est susceptible de se transmettre par hérédité : on voit des familles dans lesquelles l'acné est très commune.

L'usage habituel des liqueurs alcooliques et du café est accusé comme une cause puissante d'acné. Cette proposition est fausse, envisagée d'une manière absolue ; un grand nombre de personnes atteintes d'acné sont très sobres, plusieurs même ne boivent que de l'eau. Il est certains cas cependant dans lesquels on peut accuser l'influence fâcheuse des liqueurs fortes ; cela est vrai surtout pour certaines formes d'acné, ainsi : l'acné hypertrophique, qui se caractérise par un bourgeonnement si remarquable du nez, se rencontre plus particulièrement chez les ivrognes.

On a signalé encore la continence comme une circonstance susceptible de favoriser le développement des acnés inflammatoires. Nos observations semblent confirmer cette proposition : l'acné est surtout commune chez les jeunes gens de quinze à dix-huit ans, qui ne sont pas encore livrés à eux-mêmes ; elle disparaît assez promptement, lorsqu'un âge un peu plus avancé permet plus de liberté. Cette même maladie est également observée,

assez souvent, chez les jeunes filles, et disparaît quelquefois après le mariage. Doit-on voir dans ces faits la seule influence de l'âge et de la puberté ? Cela pourrait être ; mais cependant, pour prouver le rôle que joue la continence, nous pourrions invoquer l'intensité et la longue durée de la maladie chez les jeunes gens qui continuent à être retenus, et particulièrement chez ceux qui se destinent à l'état ecclésiastique : il est remarquable de voir combien l'acné est commune chez les séminaristes de quinze à vingt-cinq ans.

Traitement. — Je dois constater d'abord l'inefficacité des médications générales contre les acnés inflammatoires. Les révulsifs, soit vers le tube digestif, soit vers la peau, sont également inutiles ; on doit donc s'abstenir avec soin des purgatifs et des exutoires, si souvent conseillés dans le traitement de l'acné. Je dois ajouter cependant que je me suis souvent très bien trouvé de l'emploi du chlorure de sodium administré à l'intérieur, en solution et à la dose de deux grammes par jour, dans le cas d'acnés indurées intenses et rebelles. Les moyens hygiéniques ont également peu d'influence, sauf l'abstinence des boissons alcooliques et d'une nourriture trop excitante, qu'on doit toujours prescrire. Le traitement local émollient, composé de bains, de lotions mucilagineuses, de cataplasmes, est complètement inerte. On ne doit compter que sur une médication locale substitutive, et j'indiquerai comme des moyens utiles, et qui m'ont souvent procuré des succès positifs dans des cas plus ou moins graves : les lotions d'eau chaude simple ou additionnée d'une solution légère de sublimé (eau distillée, 300 gram. ; sublimé, 2 gram. ; alcool, 10 gram. : une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude), ou de quelques gouttes d'ammoniaque ; les lotions d'une solution de sulfure de soude ou de potasse (eau distillée, 300 gram. ; sulfure de potassium, 4 gram. ; teinture de

benjoin, 2 gram. : une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude); les onctions avec l'huile de cade, avec la teinture d'iode, avec l'huile de noix d'acajou, et surtout avec les pommades mercurielles à faible dose (cold-cream, 30 gram. ; protoiodure de mercure, 10 centigr.). Vers la fin de la maladie, pour consolider la guérison, les douches de vapeurs sulfureuses, les douches en pluie fine d'eaux sulfureuses chaudes, et particulièrement les eaux minérales naturelles chaudes, ont une certaine efficacité. Les eaux qui m'ont paru le mieux réussir sont celles de Louèche, de Bagnères-de-Luchon, d'Ax, de Baréges, d'Aix-la-Chapelle et d'Uriage.

Dans l'état normal, l'humeur sébacée sécrétée par les follicules s'épanche au dehors, vient lubrifier la peau, et se vaporise, sans que sa présence soit positivement appréciable, si ce n'est par l'état légèrement onctueux de la peau et des poils ; lorsque, par une cause quelconque, cette humeur sébacée ne s'écoule pas au dehors, le conduit de la petite glande et quelquefois la glande elle-même se tuméfient, et il se développe sur la peau de petites taches ou de petites tumeurs qui ont été comprises dans le genre acné. Quoique le mode pathologique de leur production soit différent de celui des affections que nous venons de décrire, et quoique les lésions et les phénomènes de nature phlegmasique soient peu prononcés, je vais les décrire ici à cause de leur ressemblance et de leur identité de siège anatomique avec l'acné inflammatoire. Il s'agit de l'*acné ponctuée* et de l'*acné varioliforme*.

d. Acné ponctuée (*Acne punctata ; varus comedo* Alibert).

Cette affection se présente sous la forme de petits points noirs légèrement saillants, semblables aux taches que pro-

duiraient des grains de poudre de chasse ayant pénétré très superficiellement dans l'épaisseur de la peau. Ces points noirs ne sont d'ailleurs que l'extrémité libre d'un amas de matière sébacée contenue et retenue dans le follicule et dans son conduit, ainsi qu'on peut s'en assurer en pressant assez fortement avec les ongles sur la base de la glande ; on fait sortir alors par l'orifice folliculeux une matière blanche ou jaunâtre, filiforme, dont le sommet noir n'est autre chose que la partie de la matière située au dehors et noircie par le contact de l'air. Exprimée ainsi du follicule, cette matière a la forme d'un petit ver dont la tête serait figurée par le point noir, et en effet c'est ce que dans le monde on appelle *un ver de peau*. Au milieu de cette matière sébacée de l'acné ponctuée, un micrographe distingué, Simon (de Berlin), a trouvé un petit animal parasite ; et en effet on peut voir au microscope, dans l'humeur sébacée, un petit parasite décrit par Moquin-Tandon et Lanquetin (le *Demodex*) (fig. 1). Mais cet animalcule n'est pas spécial à l'acné ponctuée, il se retrouve au milieu de l'humeur sébacée normale qu'on recueille en pressant les follicules sains.

Fig. 1. — *Demodex*. — *A*, l'animal vu de ventre. — *B*, son rostre. — *C*, son œuf.

Les grains noirs de l'acné ponctuée sont tantôt discrets et en petit nombre, tantôt nombreux et confluents : on les rencontre particulièrement sur la face, au front et surtout aux ailes du nez, quelquefois sur l'oreille ; on les voit encore sur le dos, au devant de la poitrine à la région

sternale, très rarement sur les membres ; quelques points noirs semblables existent quelquefois sur la verge. Cette forme d'acné, qui paraît causée par un épaississement de l'humeur sébacée, ne s'accompagne d'ailleurs d'aucune sensation morbide ; les personnes qui en sont atteintes n'accusent ni chaleur, ni douleur, ni démangeaison, et c'est plutôt une petite difformité qu'une véritable maladie. Quelquefois l'acné ponctuée existe seule ; souvent elle est unie à d'autres variétés d'acné, et particulièrement à l'acné sébacée fluente, à l'acné varioliforme et à l'acné inflammatoire simple ou indurée.

L'acné ponctuée dure ordinairement longtemps ; elle peut se prolonger pendant toute la vie, surtout sur les ailes du nez et à son extrémité. Quelquefois cependant les points noirs peuvent disparaître pour ne plus se reproduire ; dans d'autres cas, ils reparaissent de temps en temps.

Le *diagnostic* de cette affection est facile ; il repose sur la présence du point noir, sur la saillie du follicule, et surtout sur la possibilité de faire sortir par la pression la matière sébacée sous la forme d'un ver ou d'un petit morceau de vermicelle fin.

Le *pronostic* n'a aucune gravité ; cependant, chez certaines personnes qui tiennent à leur beauté et en particulier chez les jeunes femmes, une acné ponctuée un peu confluente constitue une déformation de la figure très apparente et très désagréable.

L'*étiologie* de l'acné ponctuée est tout à fait obscure ; on ne connaît ni ses causes prédisposantes, ni ses causes occasionnelles. Bazin la rattache à la scrofule et en fait bien gratuitement une scrofulide bénigne. Elle n'est pas même spéciale aux sujets d'un tempérament lymphatique ; on la rencontre avec toutes les constitutions, avec tous les tempéraments. Elle est surtout commune dans la jeunesse.

Quand il n'existe que quelques points noirs d'acné ponctuée, c'est à peine si cette affection mérite un traitement; on peut cependant presser le follicule et faire sortir la matière sébacée : souvent cette petite opération mécanique suffit pour faire disparaître ces légères difformités qui ne valent véritablement pas la peine qu'on s'en occupe. Mais lorsque l'acné ponctuée est confluente, l'aspect de la peau s'en trouve modifié d'une manière fâcheuse, et il y a lieu de chercher à y remédier; ce qu'on fera en se servant surtout de lotions alcalines avec le borate de soude ou le sous-carbonate de soude (eau commune, 300 gram.; borate de soude, 10 à 15 gram.). Les alcalins, dissolvant les matières grasses, ont une certaine action sur le produit sébacé contenu dans le follicule et dont une partie est saillante au dehors. Dans ce cas encore on peut agir directement sur les points noirs les plus apparents, en pressant sur la base du follicule avec les ongles des deux pouces opposés; puis, le follicule étant entr'ouvert après la sortie de l'humeur sébacée, on pourra espérer le resserrer et modifier sa sécrétion, en employant tout de suite des lotions alcalines, ou mieux des lotions astringentes avec des solutions d'alun ou de sulfate de zinc. Nous préférons, dans cette maladie, les lotions aux pommades astringentes à base de peroxyde de fer ou de tannin; nous avons remarqué que les pommades ne réussissaient pas : une petite portion de pommade s'introduit dans le follicule, s'ajoute à la matière grasse et, noircissant à l'air, remplace et augmente les points noirs de l'acné. Nous recommandons comme un moyen qui nous a réussi l'emploi des douches d'eau alcaline ou sulfureuse en arrosoir dirigées sur la partie malade. Enfin nous avons vu plusieurs fois des acnés ponctuées rebelles améliorées et guéries par l'usage des eaux minérales chaudes, sulfureuses ou alcalines, prises en bains et en douches. Nous indiquerons particuliè-

rement les eaux de Bagnères-de-Luchon, de Baréges, d'Ax, les eaux alcalines de Royat ou de Schlangenbad.

e. Acné varioliforme.

Cette maladie est constituée par un développement de la glande sébacée distendue par son produit graisseux. Longtemps confondue avec le molluscum, cette maladie a pour la première fois été rattachée à l'acné par Rayer, qui, lui donnant le nom d'*élevures folliculeuses*, a ainsi indiqué son siège anatomique. Puis elle a été étudiée plus complètement en 1846, sous le nom un peu barbare d'*exdermoptosis*, par Huguier, dont la description est bonne, quoiqu'il se soit borné à parler de ces tumeurs observées aux parties génitales des femmes (1). Toutefois la connaissance plus approfondie de la maladie que nous allons étudier date d'un excellent mémoire de Bazin, publié en 1851, et dans lequel, appréciant le siège anatomique de cette affection et la rapprochant des autres espèces d'acné, il proposa le nom d'*acné varioliforme*, maintenant à peu près universellement adopté. Caillault étudia cette même maladie, dont il avait eu occasion de recueillir un assez grand nombre d'observations à l'hôpital des Enfants malades. Il proposa de lui appliquer le nom d'*acné molluscoïde*, et il insista particulièrement sur sa propriété contagieuse (2). Enfin un ancien élève de Bazin, le docteur Magnan, a complété la description donnée par son maître et a tracé une bonne histoire de l'acné varioliforme.

Il est peu d'affections qui comptent autant de noms ; heureusement on est plus d'accord sur la description

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils secréteurs des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1850.

(2) Caillault, *Archives de médecine*, 1851. — *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*. Paris, 1859.

de la maladie, qui se présente toujours avec des caractères très tranchés. Elle est constituée par de petites tumeurs globuleuses, quelquefois un peu aplaties, et dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Quelques-unes ont une base large qui se confond avec la peau, d'autres sont étranglées à leur extrémité adhérente et présentent une espèce de pédicule. Tantôt leur coloration est celle de la peau, tantôt elle est plus rouge ; d'autres fois les élevures sont demi-transparentes et ressemblent à des pustules de variole à demi desséchées, d'où le nom de *varioliforme* proposé par Bazin. Mais le caractère essentiel de ces tumeurs, c'est de présenter sur leur surface extérieure un point noir ou blanc qui n'est autre chose que l'orifice du follicule sébacé, et à travers lequel on peut, en pressant, faire sortir la matière sébacée sous forme d'un ver blanc, comme dans l'acné ponctuée. Cette évacuation du sebum peut avoir lieu spontanément, et la petite tumeur, au lieu d'être arrondie, devient alors flasque, aplatie et ridée.

Les tumeurs qui constituent l'acné varioliforme sont en nombre très variable : il peut n'y en avoir qu'une, trois ou quatre ; d'autres fois elles sont véritablement confluentes. Leur siège de prédilection paraît être au cou, à la face, aux parties génitales ; on en trouve encore, mais plus rarement, sur le tronc, sur les seins, sur les membres ; dans certains cas, elles sont disséminées sur tout le corps. En quelque endroit qu'elles se développent, elles ne déterminent ni douleur ni cuisson ; à peine s'accompagnent-elles quelquefois d'une légère démangeaison. Elles n'entraînent d'ailleurs aucun trouble dans la santé générale.

Anatomie pathologique. — Si l'on excise l'une de ces petites tumeurs et si l'on se livre à son examen anatomique, on voit que la couche la plus extérieure est formée par l'épiderme, et au-dessous de lui on découvre une

membrane mince, transparente, contenant un corps multiloculaire formé de six loges tubulaires suivant Magnan, de quinze à trente suivant Huguier, loges accolées les unes à côté des autres et qui viennent chacune s'ouvrir dans un canal central, qui n'est autre que le canal excréteur. Cette enveloppe, ces loges et le canal central constituent la glande sébacée augmentée de volume et distendue par une certaine quantité de sebum. Cette structure de la tumeur acnéique est encore plus apparente au microscope, qui permet de distinguer parfaitement la membrane d'enveloppe, les tubes, le conduit excréteur, et qui fait voir, dans la matière contenue à l'intérieur des canaux, des plaques épithéliales taillées en losanges ou en quadrilatères, le sebum proprement dit, tantôt en masse, tantôt renfermé dans des cellules et se présentant sous la forme de granulations fines, d'un jaune clair, au milieu desquelles se rencontrent des globules de graisse. Enfin, le plus souvent, on voit encore au milieu de tous ces corpuscules épithéliaux ou sébacés des tubes ramifiés, très distincts, contenant dans leur intérieur ou à leurs extrémités des points sphériques ou ovoïdes qui paraissent être des spores. Nous avons eu occasion de constater fréquemment l'existence de ces corps d'apparence cryptogamique dans la matière sébacée extraite d'un bouton d'acné varioliforme : nous avions cru d'abord qu'ils étaient spéciaux à cette variété d'affection folliculeuse, et nous avions été tenté de voir là une explication de la contagion ; mais des recherches ultérieures nous ont appris que ces points se retrouvaient souvent au milieu du sebum extrait d'un follicule à l'état normal.

Des recherches plus récentes ont démontré que les cellules du lobule sébacé étaient altérées dans leur structure. Vidal a considéré cette altération comme appartenant à une transformation caséeuse ; mais le professeur Renaut (de Lyon) a combattu cette opinion, et a décrit

minutieusement les modifications survenues dans le tissu de la glande sébacée atteinte d'acné varioliforme. Suivant lui, les cellules de Malpighi deviennent volumineuses, globuleuses dans leur zone centrale, dont le noyau occupe le milieu ; il se forme, au lieu de grains graisseux, comme dans la glande sébacée normale, un dépôt d'une substance hyaline particulière, qui se colore en brun orangé sous l'influence du picrocarminate d'ammoniaque. Cette altération diffère de la véritable matière colloïde en ce sens qu'elle ne se colore pas en rose par le picrocarminate d'ammoniaque, et qu'elle ne se fendille pas, mais qu'elle est rétractile comme une masse de gélatine imprégnée d'eau, revenant sur elle-même lorsqu'on la met en contact avec un réactif coagulant. En outre les cellules conservent leur vitalité, et sont ainsi susceptibles de subir la transformation cornée régulière, comme toute cellule de Malpighi. Il n'y a donc pas là une lésion dégénérative, et la transformation globuleuse décrite par Renaut n'est ni une dégénérescence colloïde, comme le veut Vidal, ni une dégénérescence amyloïde ainsi que l'a annoncé Kaposi.

La *marche* de cette affection est chronique ; elle peut se prolonger indéfiniment, soit que les boutons subsistent toujours les mêmes, soit que quelques-uns s'affaissent et que de nouveaux se développent. La guérison peut cependant survenir spontanément ; la matière sébacée s'épanche au dehors, la tumeur s'affaisse et disparaît : c'est la terminaison par résolution. Mais d'autres fois une inflammation s'empare du follicule ; la petite tumeur devient rouge, gonflée, légèrement douloureuse, puis il s'échappe par l'orifice excréteur de la glande un mélange de pus et de matière sébacée, une espèce de bourbillon ; et après cette évacuation la saillie disparaît en laissant quelquefois une légère ulcération, suivie plus tard d'une cicatrice à peine visible. Chez quelques malades, cette ulcération est plus profonde et dure plus longtemps, ainsi

que Caillault le signale dans son livre. Plus rarement enfin la tumeur est frappée de gangrène ; elle devient d'un rouge foncé, puis son centre devient brun ou noir ; une eschare se forme, se détache, et laisse à sa place une ulcération d'un brun rougeâtre qui se guérit ensuite en laissant une cicatrice.

Chez certains sujets, l'acné varioliforme existe seule ; d'autres fois elle est associée à d'autres affections des follicules, à l'acné inflammatoire, à l'acné sébacée, au molluscum ; elle peut aussi coïncider avec d'autres maladies de la peau. La variété des affections qui ont été rencontrées montre bien que c'est là une circonstance fortuite qui ne permet de rien préjuger sur la nature de la maladie.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'acné varioliforme est très facile à établir : l'existence de petites tumeurs cutanées, blanches ou grises, indolentes, présentant, au centre ou sur l'un des côtés, un point noir par lequel sort de la matière sébacée lorsqu'on presse la base des follicules, ne permet guère de méconnaître la maladie. Aux parties génitales, sur le pénis ou à la vulve, un examen superficiel pourrait les faire confondre avec des tubercules syphilitiques, qui ne présentent également ni douleurs, ni démangeaisons ; mais l'existence de ce petit point ombiliqué par lequel la pression peut faire sortir de la matière sébacée, lèvera toute difficulté de diagnostic.

Pronostic. — Il est très peu grave il varie, cependant un peu suivant le nombre des tumeurs acnéiques. La guérison est facile à obtenir lorsqu'il y en a peu ; elle offre plus de difficultés lorsque la maladie est disséminée et constituée par un grand nombre de boutons.

Étiologie. — L'acné varioliforme s'observe principalement chez les jeunes sujets, dans l'enfance et dans la jeunesse ; cependant on peut en rencontrer à tous les âges, même chez les vieillards : Cazenave en a observé

un cas sur une femme de soixante ans. On peut reconnaître cette maladie sur des personnes de tout tempérament et de toute constitution. Bazin professait que cette acné est beaucoup plus commune chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, et il en a conclu à la nature scrofuleuse de l'acné varioliforme, qu'il décrit comme une scrofulide bénigne. Je ne saurais partager cette opinion de mon ancien collègue de l'hôpital Saint-Louis ; j'ai observé assez souvent l'acné varioliforme sur des personnes à tempérament nerveux ou sanguin, et ne présentant aucun signe de scrofule actuelle ou ancienne, pour être autorisé à ne pas ranger cette maladie sous la dépendance de la scrofule. On est à peu près d'accord sur l'influence du sexe ; tous les observateurs ont noté la maladie comme plus commune chez les femmes.

Mais le point le plus intéressant de l'étiologie de l'acné varioliforme est celui qui a rapport à la contagion. Bateman avait déjà admis que certains molluscum pouvaient se transmettre par contagion, et il en avait fait une variété particulière, sous le nom de *molluscum contagiosum ;* mais cette opinion était adoptée d'une manière très dubitative par les auteurs, lorsque Caillault, dans son livre, est venu apporter des faits assez concluants en faveur de la contagion. A l'hôpital des Enfants malades il avait vu la maladie, introduite dans une salle par deux enfants, s'étendre de lit en lit, jusqu'à atteindre une trentaine de sujets (1).

Cazenave et Devergie ne se prononcent pas, et Bazin nie formellement la faculté contagieuse de l'acné varioliforme. Pour ma part, je n'hésite pas à croire à cette contagion. Au fait cité par Bateman, d'une mère qui, allaitant son enfant, était atteinte ainsi que lui d'un molluscum ; à l'exemple tout semblable, cité par Devergie, d'un en-

(1) Caillault. *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*, 1859.

fant et de sa mère atteints également tous les deux ; aux observations de Caillault (1), je joindrai un fait observé en 1857, d'une nourrice et d'un enfant qu'elle allaitait, affectés, la première de tumeurs d'acné varioliforme au sein, le second de la même maladie à la face, de manière que les régions atteintes se correspondaient exactement et étaient en contact lorsque l'enfant tetait. J'ajouterai encore qu'ayant eu dans ma salle, en 1861, pendant plusieurs mois, une femme atteinte d'acné varioliforme, j'ai vu la maladie se développer sur la face et sur le cou de l'infirmière qui la soignait et qui faisait son lit. En face de ces exemples divers, je ne fais pas difficulté de considérer l'acné varioliforme comme une maladie contagieuse ; et je conseille, pour empêcher la propagation de la maladie, d'éviter le voisinage et surtout le contact trop immédiat des personnes qui en sont atteintes.

Traitement. — Lorsque les tumeurs de l'acné varioliforme sont en petit nombre, le traitement le plus simple et le plus prompt consiste dans une incision très superficielle faite avec une lancette sur la partie médiane de la tumeur, puis dans une pression exercée sur sa base avec les ongles des deux pouces, de manière à faire sortir le follicule à travers l'incision et à l'énucléer complètement. Cette petite opération n'est pas douloureuse et elle réussit parfaitement. Mais, lorsque les follicules malades sont en grand nombre, elle est peu applicable ; on est obligé d'avoir recours à d'autres moyens, et principalement à des remèdes externes, le traitement interne n'ayant aucune efficacité. On peut employer alors, soit des astringents, tels que les solutions d'alun, de sulfate de zinc, de sulfate de fer, qui amènent la contraction du follicule, l'évacuation de la matière sébacée et l'affaissement de la tumeur; soit des lotions irritantes, qui produisent l'in-

(1) Caillault, *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*, 1859.

flammation du follicule et la guérison par suppuration ou ulcération. Dans ce dernier but, on a employé les applications d'huile de cade, de teinture d'iode pure, les lotions avec une solution de sublimé, les cautérisations avec le nitrate d'argent, les douches sulfureuses, les pommades mercurielles, sulfureuses, ou à base d'iodure de soufre. Bazin conseille les lotions alcalines et les bains alcalins; Cazenave, les lotions avec de l'eau ammoniacale. Tous ces moyens ont réussi, mais ordinairement après un temps assez long : il est donc préférable d'avoir recours, soit à l'incision dont j'ai parlé, ou à la cautérisation des petites tumeurs au moyen d'une goutte d'acide nitrique appliquée sur elles; il en résulte une eschare qui s'étend jusqu'à la glande sébacée, et qui amène au bout de huit à dix jours la chute de la tumeur et sa guérison définitive.

6° Strophulus.

Le *strophulus* est une affection caractérisée par une éruption de papules assez volumineuses, distinctes les unes des autres et accompagnées de démangeaisons. Willan et Bateman ont décrit cinq espèces de strophulus : 1° le *strophulus interstinctus*, 2° le *strophulus albidus*, 3° le *strophulus confertus*, 4° le *strophulus volaticus* et 5° le *strophulus candidus*. Ces espèces sont peu légitimes; quelques-unes sont de simples variétés, d'autres appartiennent à l'érythème. Pour ma part, je pense qu'il est plus conforme à l'observation de n'admettre que deux espèces de strophulus : le *strophulus simple* et le *strophulus prurigineux*. Je vais les décrire successivement.

Anatomie pathologique. — L'examen histologique des papules du strophulus ne démontre rien de spécial à cette affection : comme le lichen, elle siège dans les couches papillaires, et la petite saillie qui forme la papule paraît être le résultat de l'agglomération de cellules em-

bryonnaires accompagnées d'une certaine quantité de liquide exsudé.

a. Strophulus simple.

Le *strophulus simple* est une maladie qui s'observe presque exclusivement chez les enfants, et qui est constituée par une éruption de papules plus ou moins rapprochées les unes des autres, mais toujours distinctes et ordinairement dispersées sur plusieurs régions, ayant le volume d'une grosse tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ces papules sont quelquefois blanches, de la couleur de la peau, et ne sont apparentes que par leur saillie : c'est là le *strophulus albidus* de Willan. Plus souvent elles sont rouges, et quelquefois même la coloration rouge s'étend un peu au delà de la saillie papuleuse (*strophulus confertus* de Willan). D'autres fois cette rougeur est plus étendue et remplit les intervalles laissés entre les papules : c'est le *strophulus interstinctus* de Willan, variété constituée par l'assemblage de papules de strophulus et de taches d'érythème. Quel que soit d'ailleurs l'aspect des papules, elles sont le siège de démangeaisons ordinairement assez vives, qui sollicitent le grattage et qui amènent des excoriations superficielles à leur sommet, lequel se recouvre alors d'une petite croûte jaunâtre. Le strophulus simple peut se développer sur toutes les régions du corps ; il est cependant plus commun à la face, aux avant-bras , au ventre et aux membres inférieurs. Sauf l'éruption et les démangeaisons, la santé générale peut être conservée ; quelquefois, cependant, il y a quelques accès de fièvre, et plus souvent encore quelques symptômes du côté de l'appareil digestif, particulièrement de l'inappétence, quelques vomissements et de la diarrhée.

La *marche* de la maladie est habituellement aiguë et

ne se prolonge pas au delà de une à trois semaines. Sous le nom de *strophulus volaticus*, Willan a décrit une éruption tout à fait éphémère, pouvant ne durer que quelques heures ; je serais bien tenté de rattacher cette forme fugace à l'urticaire. Plusieurs éruptions peuvent se succéder à intervalles assez rapprochés, et constituer ainsi une maladie chronique que j'ai vue, chez les enfants de un an à sept ans, se prolonger pendant des mois et même des années. Dans ces circonstances, j'ai toujours constaté un mauvais état des voies digestives caractérisé par de la dyspepsie, par de la flatulence, de la diarrhée, lequel état est souvent entretenu par une mauvaise alimentation.

Le *diagnostic* du strophulus simple est facile : il s'établit par le volume assez gros des papules, par leur isolement et par les démangeaisons. On doit le distinguer du lichen, avec lequel on l'a souvent confondu et dans lequel les papules sont plus petites, non distinctes les unes des autres, mais au contraire agminées de manière à former une plaque inégale et rugueuse. L'existence de papules petites, arrondies, distinctes, et la fixité de l'éruption, permettront de différencier le strophulus de l'urticaire, dans laquelle se rencontrent de larges taches saillantes, rouges ou blanches, mais susceptibles de disparaître au bout de quelques heures. On doit être prévenu d'ailleurs que l'urticaire ainsi que l'érythème viennent quelquefois compliquer le strophulus; on trouve alors réunis les caractères appartenant à ces diverses éruptions.

Pronostic. — Le strophulus simple est une maladie peu grave; elle est seulement pénible par ses démangeaisons, qui enlèvent le sommeil et excitent les cris des petits enfants, ainsi que par ses récidives assez fréquentes chez certains sujets.

Étiologie. — Le strophulus est une maladie presque exclusive aux enfants; il est principalement lié chez eux

au travail de la dentition, et à cause de cette circonstance il est désigné vulgairement sous le nom de *feux de dents*. Il se développe surtout à propos de la première dentition, et quelques enfants présentent des poussées de strophulus à l'occasion de chaque éruption de dents. On l'observe aussi, mais plus rarement, lors de la seconde dentition.

Le strophulus peut encore être amené par un trouble des fonctions digestives, le plus souvent entretenu par une alimentation non convenable : c'est ainsi qu'on le voit se développer au moment du sevrage, chez les enfants auxquels on donne une nourriture trop forte. Quelquefois, dans le jeune âge, le strophulus se manifeste à l'occasion d'une indigestion On a quelques observations de strophulus simple chez des jeunes gens et même chez des adultes ; mais ces faits sont exceptionnels, et la maladie est alors sous la dépendance d'une affection gastro-intestinale.

Traitement. — Le traitement du strophulus doit avoir pour but de favoriser la résolution de l'éruption et de calmer les démangeaisons. On arrivera ordinairement à ce résultat à l'aide de bains émollients ou faiblement alcalins, à l'aide de lotions avec de l'eau chaude légèrement alcoolisée, et en saupoudrant les parties malades avec de la poudre d'amidon à laquelle on pourra ajouter un dixième d'oxyde de zinc ou d'acide salicylique en poudre. En cas d'embarras gastrique un vomitif ou un léger purgatif peuvent être d'une grande utilité pour abréger la durée de la maladie. Dans les cas de récidives fréquentes et de durée indéterminée des éruptions de strophulus, c'est au régime alimentaire qu'il faut s'adresser : j'ai réussi plusieurs fois à amener la guérison de strophulus se prolongeant depuis plusieurs mois en soumettant des enfants à la diète lactée et surtout en les privant de toute alimentation stimulante. Dans ces circonstances,

j'ai obtenu également de bons effets de l'administration des alcalins, et particulièrement du bicarbonate de soude en cas de dyspepsie, et de l'eau de chaux en cas de diarrhée.

b. Strophulus prurigineux.

J'ai décrit sous ce nom (Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1859) une variété de strophulus assez commune pendant l'été, qui se rapporte au *prurigo mitis* des auteurs, et à laquelle Bazin avait donné le nom de *scrofulide boutonneuse bénigne* parce qu'elle se rencontre assez habituellement chez des sujets scrofuleux. Un de mes élèves, le docteur Franquebalme, en a fait le sujet de sa thèse pour le doctorat (Thèses de Paris, 1858).

Symptômes. — Le strophulus prurigineux est principalement caractérisé par la présence de deux éruptions papuleuses. Dans l'une, les papules sont assez volumineuses, de la grosseur d'un grain de millet, d'une couleur blanche ou rose; leur sommet est entier et acuminé, ou déchiré et recouvert d'une petite croûte jaunâtre; elles ont quelquefois une auréole rose : ces papules, avec ces caractères indiqués, appartiennent au strophulus. L'autre éruption est constituée par une petite croûte noire, saillante, formée par du sang desséché : ce sont de véritables papules de prurigo excoriées; et cette espèce de strophulus auquel j'ai donné le nom de *prurigineux* a précisément pour caractère essentiel ce mélange de papules de strophulus et de prurigo. Dans le début de la maladie, l'éruption appartenant au strophulus est assez abondante, mais plus tard les saillies prurigineuses dominent, et l'on comprend très bien qu'on ait considéré alors la maladie comme une simple variété de prurigo. Quelquefois l'éruption est encore plus complexe, et l'on rencontre entre les saillies papuleuses des taches rouges exanthématiques, comme dans le *strophulus interstinctus*,

des plaques d'urticaire qui paraissent et qui disparaissent successivement, et même des pustules d'ecthyma. Avec toutes ces variétés d'aspect, la maladie s'accompagne toujours de démangeaisons, souvent très vives, qui s'exaspèrent pendant la nuit. La santé générale n'est pas habituellement troublée ; il peut survenir cependant un léger trouble dans les fonctions digestives, de l'inappétence, une diarrhée légère ; puis un peu de pâleur des téguments, de l'amaigrissement et de la faiblesse générale.

Les éruptions qui constituent le strophulus prurigineux peuvent se développer sur toutes les régions ; mais il existe pour cette maladie des sièges d'élection, et les éléments éruptifs que je viens d'indiquer se rencontrent surtout aux membres supérieurs, à la partie supérieure du tronc et à la face. Dans tous les cas, quels que soient l'intensité et l'aspect de la maladie, on rencontre toujours des papules sur le cou, sur les joues et souvent aux tempes. On peut tirer parti de ce siège spécial pour le diagnostic.

Le strophulus prurigineux est ordinairement de longue durée : on le voit souvent se prolonger pendant des mois et même des années, avec des alternatives d'intensité ; souvent il disparaît pendant l'hiver, pour se montrer de nouveau au printemps ou pendant l'été.

Diagnostic. — Le diagnostic du strophulus repose surtout sur l'assemblage de plusieurs éléments éruptifs, et principalement sur la réunion des papules de strophulus et des papules de prurigo ; toutefois on peut le confondre facilement avec l'eczéma ou avec le lichen. Pour éviter cette erreur, on doit faire attention que les vésicules ne sont pas groupées, comme dans l'eczéma ; que la maladie ne s'accompagne pas, à proprement parler, de suintement : c'est une affection sèche et différant d'ailleurs de l'eczéma par la présence des papules de prurigo. Relativement au lichen, on se rappellera que

dans cette dernière affection les papules sont plus petites, plus agminées, moins distinctes, et qu'en se confondant elles finissent par former des plaques saillantes, avec épaississement et rudesse de la peau. Mais c'est surtout avec la gale que l'on confond le strophulus prurigineux, confusion facile à faire, puisque, dans les deux maladies, il existe un prurit s'exaspérant pendant la nuit, et que l'on constate l'existence d'éruptions sèches et principalement de prurigo. La ressemblance est encore augmentée quelquefois par la présence de quelques pustules d'ecthyma, et par cette circonstance que l'on observe souvent le prurigo sur plusieurs personnes d'une même famille soumise aux mêmes conditions hygiéniques. Heureusement pour le diagnostic, on évitera facilement l'erreur en faisant attention au siège des éruptions : dans le strophulus, on rencontre toujours des papules sur les parties latérales du cou et sur les joues ou sur le menton, tandis que dans la gale la tête est toujours exempte d'éruption. D'ailleurs, dans la gale, un examen un peu attentif permettra de reconnaître la présence de sillons et même d'acares aux mains, à la verge chez l'homme, autour du mamelon chez la femme ; tandis que dans le strophulus les mains sont saines, et la recherche la plus minutieuse des sillons ne conduira qu'à des résultats négatifs.

Pronostic. — Le strophulus prurigineux n'est jamais une maladie grave; mais sa ténacité, ses récidives faciles, et l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'en détruire les causes hygiéniques, aggravent le pronostic, relativement à la durée, qui est quelquefois assez longue.

Étiologie. — Le strophulus se développe sous l'influence de certaines conditions que j'ai cherché à étudier pendant mon séjour comme médecin à l'hôpital Saint-Louis. Parmi les circonstances prédisposantes, j'ai noté l'enfance ou l'adolescence, la maladie ayant été observée

bien rarement après vingt-cinq ans ; le sexe féminin, le tempérament lymphatique, la faiblesse de constitution ; les chaleurs de l'été, la misère ; l'habitation dans une ville, et particulièrement à Paris. Les causes efficientes qui viennent aider au développement de la maladie sont un excès de chaleur atmosphérique, l'habitation pendant la nuit dans une chambre trop petite, mal aérée ou dans laquelle couchent plusieurs personnes, et encore le défaut d'acclimatation. C'est ainsi qu'on observe souvent la maladie chez des personnes et particulièrement chez des enfants arrivés à Paris depuis peu de jours. Il n'est pas rare de voir le strophulus prurigineux atteindre plusieurs membres de la même famille ou plusieurs personnes demeurant ensemble, et cette circonstance pourrait faire croire à la contagion comme cause de la maladie ; mais il n'en est rien, et la simultanéité de la même affection sur des personnes habitant le même lieu s'explique par l'action des mêmes conditions hygiéniques communes aux individus atteints.

Bazin a rattaché le strophulus prurigineux à la scrofule, et, comme je l'ai déjà dit, l'a décrit sous le nom de *scrofulide boutonneuse bénigne*. Il est vrai qu'on rencontre fréquemment cette affection chez des scrofuleux, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque les individus entachés de cette maladie constitutionnelle sont lymphatiques, faibles, et offrent peu de résistance aux mauvaises conditions hygiéniques. Mais, comme il est incontestable qu'on observe aussi ce strophulus chez des individus non scrofuleux, on ne peut pas le considérer comme une scrofulide, c'est-à-dire comme un accident lié nécessairement à la scrofule et faisant partie de cette maladie.

Traitement. — Le traitement local du strophulus prurigineux se composera de bains alcalins ou sulfureux, et de lotions avec de l'eau blanche légère ou avec de l'eau chaude additionnée d'une faible dose d'alcool camphré ;

pour l'usage interne, on devra prescrire à des malades débilités une médication reconstituante, composée des préparations de fer et de quinquina, de sirops amers, d'huile de foie de morue. Mais la médication la plus efficace consiste dans l'éloignement des mauvaises conditions hygiéniques, et l'on a vu souvent la maladie disparaître promptement après l'abandon d'une chambre trop petite ou mal aérée, à la suite d'une meilleure nourriture, et surtout par le changement d'air et le séjour à la campagne.

7° Prurigo.

Historique et définition. — Chez les anciens, le mot *pruritus*, aujourd'hui *prurigo*, n'avait pas d'acception bien définie, et paraît avoir été appliqué à des affections cutanées diverses caractérisées par des démangeaisons. Dans le seizième siècle, Mercuriali est le premier qui ait établi une distinction entre le *pruritus*, maladie, et le *prurit*, symptôme commun à un grand nombre d'affections. Néanmoins, malgré cette distinction, il est difficile de trouver, dans l'auteur que je viens de citer et dans ceux qui l'ont suivi, une description nette de la maladie appelée *pruritus*, et des détails assez précis pour qu'on puisse la distinguer des autres affections qui offrent avec elle quelque ressemblance. C'est à Willan qu'on est redevable de la première définition exacte du *pruritus*, qu'il appelle *prurigo*, et d'une bonne et claire description de cette maladie, qu'il place dans son ordre des papules, à côté du strophulus et du lichen. Voici ce que dit Willan : « La démangeaison est un symptôme commun, à un degré plus ou moins fort, dans plusieurs maladies de la peau ; mais il y a néanmoins des cas où elle survient comme phénomène principal, où elle est accompagnée de papules de la même couleur que la peau adjacente, avec des ca-

ractères particuliers suffisants pour constituer un genre distinct de maladie. » C'est à cette affection qu'il a appliqué la dénomination de *prurigo*, terme déjà employé dans un sens analogue par plusieurs auteurs de traités médicaux. Le continuateur de Willan, Bateman, tout en restant dans les mêmes termes que son maître, donna une description plus étendue, en disant que le *prurigo* « est une démangeaison intense, accrue par l'exposition à la chaleur, affectant soit toute la surface de la peau, soit une partie seulement, dans quelques cas sans éruption apparente, et dans d'autres accompagnée d'une éruption de papules presque de la même couleur que la peau adjacente ». Cette manière de définir le prurigo a été à peu près acceptée par tous les auteurs, et l'on peut aujourd'hui dire que le *prurigo* est une affection cutanée caractérisée par un prurit intense et par une éruption de papules pâles, peu élevées au-dessus du niveau de la peau, et présentant à leur sommet, peu de temps après leur développement, une petite croûte noirâtre, formée de sang desséché et résultant de l'excoriation par le grattage irrésistible auquel donne lieu la démangeaison.

Ainsi que je l'ai déjà dit, Willan et ses disciples, n'envisageant dans les maladies de la peau que le caractère anatomo-pathologique de l'éruption, ont placé le prurigo dans la classe des papules. Alibert, frappé de la ressemblance de la gale et du prurigo, relativement à la démangeaison, a placé dans sa classe des maladies scabieuses le prurigo et la gale. Bazin, envisageant le prurigo comme genre, le range parmi les maladies papuleuses; mais, comme espèce considérée relativement à la cause, il admet un prurigo de cause externe, un prurigo arthritique, un prurigo dartreux, un prurigo scrofuleux. Pour ma part, séparant le prurigo, éruption, de la modification nerveuse qui se manifeste sous forme de prurit, je considère le prurigo comme le résultat d'une irritation spéciale de

la peau et comme une inflammation consécutive, le plus souvent à une autre affection, mais indépendante de toute diathèse. Je l'ai donc rangé dans les maladies inflammatoires de cause accidentelle.

Je dois encore mentionner l'opinion d'Hebra, qui sépare complètement le prurigo idiopathique et indépendant de toute autre maladie, de l'affection prurigineuse consécutive à la présence de parasites ou à un trouble survenu dans le système nerveux, aussi bien qu'à une altération dans la composition du sang, et qui, réservant le nom de prurigo à la maladie idiopathique dans laquelle la démangeaison se développe à la suite de l'éruption, propose d'appliquer au prurigo symptomatique le nom de *prurit cutané*. Je ne saurais partager cette manière de voir, car je pense que, dans la presque unanimité des cas, le prurigo n'est qu'une affection secondaire et symptomatique, soit d'une autre maladie de la peau, soit d'une altération du sang ou d'une affection du système nerveux.

Je définirai donc le *prurigo* une affection de la peau caractérisée par l'éruption de papules de la même couleur que la peau, accompagnées de démangeaisons souvent très vives, et bientôt présentant à leur sommet une croûte noire résultant d'une excoriation par le grattage. J'ajoute que cette éruption est très habituellement consécutive, et que sa présence doit faire penser à l'existence antérieure ou concomitante d'une autre affection. Je n'admets comme appartenant au prurigo que la maladie avec éruption papuleuse, et je sépare de ce genre nosologique la démangeaison sans éruption, le *prurigo sine prurigine* d'Alibert, affection à laquelle je réserve le nom de *prurit* ou d'hyperesthésie cutanée.

Anatomie pathologique. — Dans le prurigo, comme dans toute éruption papuleuse, la lésion anatomique est constituée par un œdème inflammatoire local produisant

l'élevure, accompagné d'une production de cellules embryonnaires entourant les vaisseaux et remplissant les espaces du tissu conjonctif. Plus tard, par suite de la prolongation du travail inflammatoire, les papilles s'allongent et s'élargissent, et le derme s'épaissit. Suivant Derby, on pourrait même observer des lésions des poils, la multiplication des fibres lisses du derme et l'accumulation de la lymphe dans les interstices du tissu conjonctif; plus tard il se joint à ces altérations une augmentation des granulations pigmentaires.

Symptômes. — Le premier phénomène du prurigo consiste dans une sensation de démangeaison qui excite les malades à se gratter; puis assez promptement apparaissent de petites saillies papuleuses ordinairement pâles et de la couleur de la peau, quelquefois d'une nuance légèrement rosée : cette éruption ressemble assez à des élevures d'urticaire de petite dimension. Bientôt ces saillies sont écorchées par les ongles des malades, et leur sommet se recouvre d'une exsudation séro-sanguine qui se concrète sous la forme d'une petite croûte noire. Le plus souvent la saillie primitive s'affaisse, et il ne reste plus sur la surface de la peau que la croûte sanguine que je viens d'indiquer, et qui constitue seule la lésion visible et caractéristique du prurigo.

Les démangeaisons sont variables d'intensité : quelquefois elles acquièrent un tel degré d'acuité, que les malades ne se contentent pas d'écorcher les saillies papuleuses, mais se servent, pour se gratter, de leurs ongles et même des objets qu'ils trouvent à leur disposition; ils se font ainsi, en divers endroits du corps, des excoriations linéaires plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Ces démangeaisons sont constantes, mais elles s'exaspèrent souvent sous forme de paroxysmes revenant de temps en temps, et particulièrement le soir, sous l'influence de la chaleur du lit.

L'éruption et la démangeaison peuvent se montrer sur toute l'étendue de la surface cutanée, mais le dos, les épaules, la nuque, la face externe des membres, sont des lieux d'élection. Dans quelques cas, le prurigo est circonscrit à certaines régions, et alors c'est plus particulièrement au dos, aux environs de l'anus ou aux parties génitales qu'il se développe. Dans ces prurigo localisés, on a admis que l'éruption papuleuse pouvait ne pas exister, et l'on a décrit la maladie sous le nom de prurigo latent (*prurigo sine prurigine*). Pour ma part, comme je l'ai dit, je n'admets pas de prurigo latent ; je ne pense pas qu'il faille confondre le prurigo avec le prurit, et lorsqu'il n'y a pas d'éruption, je refuse à la maladie le nom de prurigo.

Lorsque le prurigo persiste pendant un certain temps, il survient quelquefois dans les régions atteintes par cette maladie, et à la suite de l'irritation de la peau, des plaques d'eczéma, des pustules d'ecthyma, quelquefois même des furoncles ou des abcès sous-cutanés. Je dois signaler surtout comme une lésion consécutive aux éruptions prurigineuses une altération dans la couleur de la peau, qui devient sale, brune, qui quelquefois même prend une teinte tout à fait noire et semblable à la coloration qui est observée dans la maladie d'Addison : les régions où cette teinte brune est le plus prononcée sont celles de la nuque, du dos et des parties génitales.

Le prurigo peut exister sans produire de dérangement dans la santé générale ; néanmoins, lorsque les démangeaisons sont vives, lorsque la durée de la maladie se prolonge, peut-être par suite de l'insomnie amenée par le prurit, il peut se produire un trouble plus ou moins profond dans la nutrition, caractérisé par de l'inappétence, des digestions pénibles, de l'amaigrissement, de la mélancolie, et enfin par un véritable état cachectique. C'est surtout chez les gens âgés qu'on voit survenir ces accidents graves de profonde débilitation.

A cette description générale et sommaire que je viens de donner la plupart des auteurs ont ajouté des détails particuliers à certaines formes de prurigo, et ont admis des variétés de cette affection. C'est ainsi que Willan et Bateman ont décrit quatre variétés de prurigo : 1° le *prurigo mitis*, 2° le *prurigo formicans*, 3° le *prurigo senilis*, 4° le *prurigo sine papulis*, lesquelles variétés ont été généralement acceptées. Pour ma part, j'ai proposé depuis longtemps d'établir des variétés de prurigo d'après l'intensité de la maladie, d'après sa cause, d'après son siège. Ce sont ces variétés que je vais indiquer.

a. Variétés suivant l'intensité.

On retrouve ici les espèces classiques du *prurigo mitis* et du *prurigo formicans*. Dans la première variété, la démangeaison n'est pas très vive, elle revient presque exclusivement le soir ; elle est facilement soulagée par le grattage et l'excoriation des papules. Celles-ci sont pâles ou rouges, leur sommet est quelquefois surmonté d'une petite vésicule susceptible de se transformer en croûte jaunâtre ; il y a quelquefois entre les papules des taches érythémateuses. Cette éruption, qui se confond avec la maladie que j'ai décrite sous le nom de *strophulus prurigineux* (voy. *Strophulus*), survient surtout chez les jeunes sujets, au printemps ou pendant l'été, et en dehors de toute maladie parasitaire ; elle s'accompagne rarement de phénomènes généraux.

Quant au *prurigo formicans*, il est caractérisé principalement par des démangeaisons insupportables, par des cuissons atroces, des élancements, des sensations douloureuses qui sont pour les malades l'objet de comparaisons diverses : il semble à l'un qu'un fer rouge lui laboure la peau, à l'autre que des milliers d'insectes lui

rongent les chairs, tandis qu'un troisième ressent une chaleur semblable à celle qu'il éprouverait s'il était étendu sur des charbons ardents. Avec ces sensations, il existe un besoin irrésistible de se gratter, et, pour le satisfaire, les malheureux atteints de cette affreuse affection emploient non seulement les ongles, mais souvent encore les corps étrangers les plus durs et les plus acérés ; ce n'est souvent qu'après des déchirures profondes et qu'avec la sensation de vives cuissons que le soulagement survient. Ces démangeaisons sont continues ; mais elles présentent généralement le soir, périodiquement, un degré d'intensité qu'augmente encore la chaleur du lit. Chez quelques malades, ces exacerbations sont produites par un changement de temps, par le travail de la digestion, par l'ingestion d'aliments excitants et particulièrement de boissons alcooliques ; chez d'autres, le moindre mouvement, le moindre frottement sollicite et augmente la démangeaison.

Outre les croûtes noires prurigineuses qui sont assez volumineuses, outre les excoriations linéaires nombreuses et profondes qui résultent du grattage, on voit dans cette variété grave la peau s'épaissir, présenter des plis plus prononcés, et surtout acquérir une couleur brune sur laquelle tranchent des lignes blanches cicatricielles, traces d'anciennes écorchures.

Le prurigo formicans est ordinairement de longue durée, il peut se prolonger pendant des mois et des années ; il amène nécessairement des insomnies cruelles, et il finit par s'accompagner de troubles gastro-intestinaux et des phénomènes ordinaires de la cachexie. Par suite de l'insomnie et des démangeaisons atroces qui la causent, on peut voir survenir des troubles nerveux variés, des convulsions, du délire, des hallucinations et même des idées de suicide. Il y a plusieurs exemples de malades ayant cherché dans la mort un terme au

supplice sans cesse renaissant de cette terrible affection.

Cette forme grave du prurigo se rencontre particulièrement chez les gens âgés et chez les personnes nerveuses ; elle est le plus souvent liée à la présence des poux ou à une névrose cutanée particulière (voy. *Hyperesthésie cutanée*).

b. Variétés suivant la cause.

J'ai déjà dit que le prurigo est le plus ordinairement une éruption secondaire; l'affection causale qui lui donne naissance apportant quelques modifications à sa manière d'être, il est indispensable d'indiquer les caractères particuliers qui constituent ces variétés. Je décrirai successivement le prurigo scabieux, le prurigo pédiculaire, le prurigo lié au strophulus, le prurigo de l'hyperesthésie cutanée et le prurigo de l'ictère.

Dans la gale il existe presque constamment une éruption de prurigo qui parfois est assez intense pour attirer seule l'attention et pour faire négliger les lésions propres de la gale. Pour le diagnostic de la maladie principale, il est important de savoir que dans ces cas les papules de prurigo se rencontrent principalement à la partie antérieure de l'abdomen, à la face antérieure des cuisses et aux faces externe et interne des bras et des avant-bras; le visage est toujours exempt d'éruption. Les démangeaisons du prurigo scabieux sont variables d'intensité : quelquefois elles sont très vives; d'autres fois elles sont assez supportables et se rapprochent des caractères du *prurigo mitis;* elles se renouvellent principalement le soir et pendant les premières heures de la nuit. Habituellement le prurigo disparaît avec l'acare; néanmoins il n'est pas rare de voir les démangeaisons et les croûtes noires prurigineuses persister après la destruction du parasite et se prolonger encore quelques semaines et

même quelques mois : on doit mettre sur le compte d'une modification nerveuse de la peau ce prurit persistant, qui fait croire souvent à la non-guérison de la maladie parasitaire.

Dans la phthiriase ou maladie pédiculaire, le prurigo est ordinairement très intense relativement à l'éruption et aux démangeaisons ; les papules et les croûtes noirâtres sont assez volumineuses ; le prurit est d'une acuité extrême, et la maladie revêt souvent les caractères du prurigo formicans. L'éruption et les excoriations linéaires qui sont le résultat du grattage peuvent exister sur tous les points de l'enveloppe cutanée, mais on les rencontre surtout à la partie postérieure du tronc, à la nuque et entre les épaules. Toutes les fois qu'on trouvera ces conditions de siège et d'intensité du prurigo, on devra penser à l'existence de la maladie pédiculaire et rechercher la présence des parasites, qu'on trouvera de préférence dans les vêtements des malades. Mais cette recherche est souvent difficile et infructueuse, et, en l'absence même de la découverte du parasite, cette variété de prurigo est tellement caractérisée, par son siège spécial et par le volume des croûtes, qu'on peut la reconnaître facilement. Chez les vieillards, le prurigo dit *senilis* est le plus souvent un prurigo pédiculaire (voy. *Phthiriase*).

C'est surtout dans cette variété qu'on trouve ces altérations d'épaississement et de coloration foncée de la peau que j'ai déjà signalées, et il est arrivé plus d'une fois de voir cette affection prise pour une maladie d'Addison. Avec la coloration bronzée et avec les cicatrices linéaires, il n'est pas rare de voir la peau recouverte d'une sueur visqueuse et fétide : j'ai constaté ce dernier caractère chez les alcooliques, qui sont d'ailleurs souvent atteints de maladie pédiculaire. Avec les papules du prurigo, il peut se rencontrer aussi des pustules d'ecthyma existant surtout au tronc et aux membres inférieurs, tandis que

dans la gale l'ecthyma se montre presque exclusivement aux mains et aux fesses.

Le prurigo pédiculaire, surtout lorsqu'il se développe chez des vieillards ou chez des alcooliques, est une affection très rebelle; les poux repullulent alors avec une facilité désespérante, qui a pu faire croire à une génération spontanée; dans certains cas même la guérison est impossible, et l'on est réduit à amoindrir la maladie par de simples soins de propreté.

Le prurigo lié au strophulus constitue une maladie spéciale que j'ai décrite sous le nom de strophulus prurigineux (voy. *Strophulus*); je me contente de dire ici que dans cette affection, qu'on rencontre presque exclusivement chez les jeunes sujets, les papules sont assez grosses et occupent de préférence les membres supérieurs, le tronc, le cou et la face.

En dehors des parasites et du strophulus, il se présente des cas graves de prurigo accompagné de démangeaisons excessives et hors de proportion avec le nombre des papules prurigineuses. Pour point de départ de l'éruption, il y a là véritablement une excitation nerveuse de la peau, une hyperesthésie cutanée qui revêt tous les caractères du prurigo formicans et qui offre une résistance extrême à tous les moyens de traitement. On rencontre cette variété chez les gens nerveux ou débilités soit par l'âge, soit par de mauvaises conditions hygiéniques (voyez *Hyperesthésie cutanée*).

Enfin je signalerai encore une dernière variété de prurigo suivant la cause, c'est celle qui se rencontre chez les gens atteints d'ictère et particulièrement d'ictère chronique. Les croûtes caractéristiques du prurigo, les démangeaisons souvent très vives, se retrouvent dans cette variété, qui paraît être dans la dépendance d'une excitation spéciale du système nerveux de la peau par la présence des matériaux de la bile.

c. Variétés d'après le siége.

Dans les formes du prurigo que je viens d'étudier, l'éruption et la démangeaison qui l'accompagne s'étendent à plusieurs régions et quelquefois même à la totalité de l'enveloppe cutanée ; mais dans d'autres cas la maladie se limite à une partie circonscrite, et constitue ce qu'on a appelé le prurigo local. C'est principalement à la région anale et aux parties génitales qu'on a occasion d'observer cette variété. Je dois ajouter que dans cette affection il n'existe souvent que du prurit sans éruption papuleuse, et que la maladie, véritable névrose, doit être rapportée plutôt à l'hyperesthésie qu'au prurigo. Il existe néanmoins des prurigo localisés caractérisés par une éruption de papules à sommet croûteux et noirâtre et par des démangeaisons. Ces accidents locaux se développent principalement dans les parties recouvertes de poils et sont souvent sous la dépendance de la présence des parasites pédiculeux (*pulex pubis*) : c'est aux aisselles, à la partie inférieure de l'abdomen et dans la région inguinale, à la partie antérieure du thorax et du ventre chez les hommes velus, qu'on rencontre ces prurigo localisés. Toutes les fois que l'on constatera les signes de cette affection, on devra rechercher le parasite, qui se présente sous la forme d'une petite tache grise tellement aplatie et adhérente, qu'il faut le secours de la loupe pour le distinguer et celui de la pince pour le saisir; souvent on est averti de la présence de ce parasite par l'existence de ses œufs, petits points globuleux, d'un gris clair, adhérents aux poils et existant souvent en assez grand nombre. J'ajouterai que suivant l'observation des docteurs Moursou et Duguet, on trouverait associées au prurigo pédiculaire du pubis des *taches bleues*, *ardoisées*, développées sur le ventre et sur la partie supérieure des cuisses, taches

attribuées jusqu'à présent à un mouvement fébrile, et que les auteurs que je viens de citer regardent avec raison comme sous la dépendance exclusive de la présence des poux.

Diagnostic. — Le diagnostic du prurigo n'offre aucune difficulté ; la maladie est suffisamment caractérisée par les démangeaisons, et surtout par les petites croûtes noires résultant de l'excoriation du sommet des papules, pour qu'on la reconnaisse facilement et pour qu'on puisse la distinguer des autres éruptions dans lesquelles on observe un prurit plus ou moins vif. Mais il faut se rappeler ce que j'ai déjà dit, savoir, que le prurigo est ordinairement une affection secondaire, de sorte qu'en face d'un prurigo, le diagnostic consiste non seulement à nommer l'éruption, mais surtout à en reconnaître la variété et à remonter à sa cause : la thérapeutique est entièrement fondée sur le résultat de cette recherche. Pour arriver à ce diagnostic, je ne puis que renvoyer aux descriptions que j'ai déjà données ; on trouvera dans les détails relatifs aux variétés de prurigo tous les éléments nécessaires à la solution du problème diagnostique, je ne pourrais que me répéter en les rapportant ici. J'ajouterai seulement que de toutes les variétés du prurigo les variétés parasitaires sont de beaucoup les plus communes, et qu'on devra toujours y penser en se trouvant en face des lésions du prurigo. La variété du prurigo par hyperesthésie cutanée, de nature nerveuse, ne devra jamais être admise que par exclusion et par impossibilité de faire autrement.

Pronostic. — Le pronostic du prurigo varie avec la cause qui lui a donné naissance et avec les conditions d'âge et de santé dans lesquelles se trouve le malade qui en est atteint. Lorsque l'éruption est de nature parasitaire, la guérison est ordinairement certaine ; cependant chez les vieillards, chez les alcooliques, la phthiriase

est quelquefois difficile à détruire, et les parasites repullulent souvent avec une grande facilité, après une apparence de guérison; le prurigo persiste également. Mais c'est surtout lorsque l'éruption prurigineuse est liée à l'hyperesthésie cutanée qu'elle se présente avec une intensité et une ténacité redoutables. Lorsqu'elle survient chez un sujet âgé ou épuisé par de mauvaises conditions hygiéniques, elle revêt le caractère du *prurigo formicans;* elle s'accompagne d'insomnie, de troubles digestifs qui produisent l'amaigrissement et une débilitation profonde, et qui peuvent amener une terminaison funeste. C'est dans ces circonstances encore qu'on peut voir se développer des désordres intellectuels et une excitation nerveuse capable de mener au suicide.

Étiologie. — En parlant des variétés du prurigo, j'en ai indiqué les causes occasionnelles les plus communes, la présence de parasites, l'hyperesthésie de la peau, l'ictère; je n'ai pas besoin d'y revenir. Parmi les causes prédisposantes je signalerai la misère, la négligence de soins habituels de propreté et la vieillesse; c'est surtout chez les gens avancés en âge qu'on voit se développer le prurigo, avec ou sans le parasitisme, et qu'on le voit revêtir la forme grave. Je ferai la même remarque pour les individus débilités par une cause quelconque; quant aux alcooliques, ils sont surtout sujets au prurigo pédiculaire.

Traitement. — La première indication thérapeutique dans le prurigo se trouve dans la connaissance de sa cause; et il est évident que, pour faire disparaître l'éruption prurigineuse et ses symptômes, il faut d'abord attaquer la maladie dont elle n'est le plus souvent que la conséquence. C'est ainsi que dans le prurigo dû à l'ictère, c'est à la maladie du foie qu'il faut s'adresser, et que dans les prurigo scabieux et pédiculaires il faut avoir recours au traitement parasiticide: en détruisant les acares par les

moyens indiqués contre la gale, en attaquant la phthiriase par des fumigations cinabrées ou des bains sulfureux, par des frictions avec l'onguent mercuriel ou l'onguent citrin, à dose assez modérée, pour ne pas produire la stomatite, en saupoudrant les vêtements avec la poudre de staphisaigre ou la poudre de camphre, on réussit habituellement à faire disparaître le prurigo. Toutefois chez les vieillards, même après la destruction des parasites, il reste souvent une éruption prurigineuse en rapport avec une véritable hyperesthésie cutanée, et c'est contre le prurigo lui-même qu'il faut alors diriger les moyens de traitement.

Parmi les applications locales qui peuvent diminuer les démangeaisons, on doit surtout avoir confiance dans les lotions avec l'eau alcoolisée (une partie d'alcool, trois parties d'eau), avec l'alcool camphré coupé avec trois quarts d'eau chaude, avec le chloroforme étendu d'eau, avec une solution de sublimé très faible, au millième (eau distillée, 300 gram.; sublimé, 0,30 centigr.), avec une solution de bromure de potassium, et encore dans les onctions avec des pommades à base d'oxyde de zinc, ou de camphre ou de soufre. On a employé souvent avec succès l'huile de cade pure ou mêlée dans diverses préparations à l'huile ou à l'axonge; j'ai réussi quelquefois à calmer les démangeaisons du prurigo avec un mélange de lait d'amandes et de soufre (lait d'amandes, 100 gram.; soufre, 10 à 20 gram.). Les bains émollients, les bains alcalins, les bains sulfureux, les bains de sublimé surtout, préparés en ajoutant à l'eau d'un bain dix à quinze grammes de sublimé dissous dans une quantité suffisante d'alcool, les fumigations cinabrées ou sulfureuses, ont été employés avec avantage : toutefois je dois prévenir que chez certains sujets, et principalement dans les cas d'hyperesthésie cutanée, les bains sont mal supportés et paraissent augmenter les démangeaisons; il faut alors

s'en abstenir, et se contenter des lotions déjà indiquées ou de poudres préparées en mélangeant l'amidon à l'oxyde de zinc ou au sublimé pulvérisé.

Avec les moyens locaux que je viens d'indiquer, on conseille d'administrer les préparations d'opium, de belladone, de datura stramonium, d'oxyde de zinc, dans le but de procurer du sommeil et de diminer l'excitation nerveuse ; j'ai rarement vu ces moyens réussir, et j'ai plus de confiance dans le bromure de potassium et surtout dans le chloral. A l'aide de ce dernier médicament administré le soir par la bouche ou en lavement à la dose de deux à trois grammes, on calme l'insomnie et l'on procure du repos à des malheureux tourmentés incessamment par d'atroces démangeaisons.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le prurigo est le plus souvent entretenu par la débilité de l'économie, et que presque toujours on a besoin de l'emploi des toniques et particulièrement des préparations de quinquina. En même temps on devra faire appel aux modificateurs hygiéniques : c'est en changeant de mauvaises habitudes de nourriture, de veilles, de réclusion, c'est en exigeant les soins de propreté les plus minutieux, c'est en faisant changer d'air, qu'on obtient quelquefois la guérison des prurigo anciens et rebelles. Les eaux sulfureuses d'Ax, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix-la-Chapelle, sont quelquefois utiles; mais j'aurais plus de confiance dans les eaux alcalines, qui réussissent dans les affections nerveuses, et particulièrement dans les eaux de Néris, de Bagnères-de-Bigorre, de Plombières, de Pfeffers-Ragatz, de Gastein.

8° Dermite exfoliatrice.

Sous ce nom je crois devoir désigner et décrire un genre nosologique particulier qui a été longtemps confondu avec plusieurs maladies, et particulièrement avec

le pityriasis, avec l'eczéma et avec le pemphigus foliacé, mais qui me paraît, par sa physionomie particulière, mériter de figurer en dermatologie comme une espèce générique légitime.

Bazin le premier a donné à cette maladie un nom spécial; il l'a désignée (1) sous le nom d'*herpétide exfoliatrice*, la considérant comme le dernier terme, le terme le plus accentué des manifestations cutanées de l'herpetis. Mais il est facile de reconnaître dans la maladie de Bazin tous les caractères du *pityriasis rubra* de Devergie et d'Hebra, d'une forme d'eczéma appelée par Erasmus Wilson *eczéma squameux généralisé*. Moi-même je l'ai indiquée comme appartenant, soit au pemphigus foliacé, soit au pityriasis généralisé. Aujourd'hui des observations assez nombreuses de cette affection ont été publiées, quelques mémoires importants ont paru sur ce sujet, et je citerai particulièrement la thèse de Percheron (*Dermatite exfoliatrice généralisée*, Paris, 1875), celle de Brock sur le même sujet (Paris, 1882), et de nombreuses observations dues à Fagge, à Besnier, à Vidal, à Ritter (de Lyon) sur la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, à Féréol, etc. Malgré de nombreux travaux, je ne puis dire que la lumière soit faite sur tous les points qui se rapportent à la dermite exfoliatrice; il est surtout difficile de la délimiter, et dans bien des cas de la séparer de l'hérythème scarlatiniforme, de l'eczéma squameux, du pemphigus foliacé et du psoriasis généralisé; néanmoins je dois reconnaître aujourd'hui que chez certains malades, cette affection a une physionomie toute spéciale et qui se prête à une description générale. J'ajoute que je préfère le mot *dermite exfoliatrice* à celui de *dermatite*.

Définition. — La dermite exfoliatrice est caractérisée

(1) *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuses.* Paris, 1873.

par une rougeur vive de la peau, tantôt localisée, tantôt généralisée, avec une desquamation abondante formée de lambeaux épidermiques, minces, secs et assez larges. Cette étendue des squames différencie spécialement cette affection du pityriasis, dans lequel les écailles sont fines, petites et furfuracées.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la dermite exfoliatrice ont été observées et bien décrites par Buchanan Baxter (1) et par Vidal (2). Ces altérations atteignent à la fois le derme et l'épiderme : la couche la plus superficielle du derme, la couche sous-papillaire, sont infiltrées par une quantité considérable de leucocytes et de globules sanguins formant des manchons et des traînées rouges autour des vaisseaux, qui sont dilatés pour la plupart. Au-dessous du réseau papillaire, il n'y a plus d'infiltration, on n'observe quelques leucocytes qu'autour des vaisseaux ; le tissu conjonctif profond et le tissu sous-cutané paraissent à l'état normal. Dans l'épiderme, la couche des cellules à noyaux est très épaisse, et ces cellules passent sans transition à l'état de cellules cornées ; il y a disparition du *stratum lucidum* et du *stratum granulatum ;* il semble que ces cellules se hâtent de mûrir et d'arriver à la couche cornée. Cette rapidité de prolifération et de développement explique l'abondance de la desquamation, la couche cornée, destinée à tomber, se renouvelant incessamment par l'arrivée de nouvelles cellules.

Symptômes. — On a décrit une forme aiguë et une forme chronique de la dermite exfoliatrice. La forme aiguë se confond complètement avec l'érythème scarlatiniforme, et je ne pourrais que répéter ici ce qui sera dit à propos de cette variété de l'érythème. Pour moi, je

(1) *British Medical Journal*, juillet 1873.
(2) *Bullet. de la Société médic. des hôpitaux de Paris*, 1882, p. 101.

suis d'avis, contrairement à l'opinion de plusieurs dermatologues, et d'accord avec Bazin, de n'admettre comme appartenant à la véritable dermite exfoliatrice que la forme chronique.

Tantôt la maladie présente dès le début ses caractères propres de rougeur et de desquamation; quelquefois elle est précédée par un eczéma sec, par un psoriasis à plaques squameuses peu saillantes; ou du moins, au commencement, la dermite n'est pas assez caractérisée pour qu'on la distingue de l'eczéma et du psoriasis, et dans le petit nombre de malades que j'ai vus atteints de dermite exfoliatrice, dans la moitié des cas, l'eczéma avait été admis au début. Quoi qu'il en soit, ou d'emblée ou quelque temps après, la maladie se caractérise par une rougeur brune de la peau, qui devient rugueuse, qui se fendille et qui fournit des squames minces, larges, à forme arrondie. Ces squames se détachent vite de la couche épidermique ; avant de tomber, elles sont adhérentes à une de leurs extrémités, légèrement enroulées de l'autre ; parfois elles se touchent sans se recouvrir ; dans d'autres cas, elles s'imbriquent comme les ardoises d'un toit. Ces squames sont très nombreuses, et le matin on en trouve dans le lit une quantité considérable, souvent de manière à remplir le creux des deux mains; tombées, elles sont d'un blanc gris, sèches, minces, presque transparentes. La peau recouverte de ces squames est habituellement sèche ; quelquefois cependant il se produit un suintement séreux très peu plastique et qui empèse à peine le linge avec lequel le liquide est en contact. En même temps la peau paraît épaissie ; il est difficile de la pincer entre les doigts, et le gonflement est encore augmenté par une infiltration ayant son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les dépendances de l'épiderme, les poils, les ongles, sont quelquefois concurremment altérées : c'est ainsi que certains auteurs ont noté

la chute des ongles et la perte des cheveux et des poils. Pour terminer ce qui a rapport à la peau, j'ajouterai qu'il survient quelquefois sur divers endroits des fissures, quelquefois même des ulcérations qui sont persistantes : on trouve cette lésion mentionnée dans plusieurs des observations rapportées dans la thèse de Percheron. Enfin on a également noté dans plusieurs cas l'apparition de quelques bulles pemphigoïdes ; cette circonstance était un des arguments sur lesquels je m'étais appuyé pour rattacher la dermite exfoliatrice au pemphigus foliacé.

Ces altérations de la peau existent quelquefois sans douleur et sans aucun phénomène subjectif; mais, le plus ordinairement, les malades accusent un sentiment très vif de cuisson et de chaleur. Bazin signale l'existence d'un prurit très prononcé. Au contact, la peau elle-même est chaude ,et, par suite de la sensation de chaleur insupportable, par suite aussi de douleurs lancinantes comparables à des coups d'un instrument piquant pénétrant dans les chairs, ces symptômes existant principalement le soir, le sommeil ne peut s'établir, une agitation extrême survient et peut persister pendant la plus grande partie de la nuit. A ces symptômes se joint quelquefois un mouvement fébrile véritable, caractérisé par la fréquence du pouls et par l'élévation de la température à 38 ou 39 degrés. Ces phénomènes de chaleur générale et d'agitation, sans fièvre d'ailleurs, sont excessivement prononcés chez une malade à laquelle je donne des soins en ce moment ; le calme et le sommeil, à plusieurs reprises, n'ont été obtenus qu'à l'aide du chloral. Chez cette personne, sauf les symptômes locaux et l'agitation extrême qui les accompagne, la santé générale est parfaite, l'appétit persiste, les digestions sont régulières, les forces et l'embonpoint sont conservés. Il n'en est pas toujours ainsi, et souvent, au bout d'un certain

temps, on voit l'appétit se perdre, les digestions devenir pénibles; la diarrhée s'établit, la maigreur et l'affaiblissement se prononcent et augmentent graduellement.

Dans la dermite exfoliatrice comme dans le pemphigus, les altérations de la peau se prolongent quelquefois jusque sur les muqueuses, et particulièrement sur la muqueuse buccale, qui devient le siège de bulles aphtheuses, d'ulcérations, de pseudo-menbranes. On a observé quelquefois la rougeur et l'ulcération superficielle de la conjonctive palpébrale et oculaire et de la muqueuse balano-préputiale. Dans quelques cas, la peau est tellement rude et rétractée au visage, que la paupière inférieure est tirée en bas, et qu'il en résulte un ectropion persistant: ce dernier phénomène est commun dans le pemphigus foliacé.

Marche et terminaisons. — Comme je l'ai déjà dit, la dermite exfoliatrice débute tantôt avec des caractères propres qui permettent de la reconnaître tout de suite, tantôt elle est précédée par des éruptions appartenant légitimement à l'eczéma, au pityriasis, au psoriasis, et alors elle survient, ainsi que l'indique Bazin, comme le dernier terme, comme l'expression la plus accentuée de l'affection herpétique; pour me servir de son expression, c'est une véritable *herpétide maligne.* Quel que soit d'ailleurs le mode de début, la maladie est généralisée tout d'abord dans quelques cas; d'autres fois elle se montre dans une ou plusieurs régions, puis elle s'étend graduellement et finit par se généraliser. Chez la malade dont j'ai déjà parlé et dont l'affection a commencé il y a sept ans, la face a été atteinte la première; puis le tronc, les bras, le ventre, les cuisses ont été envahis successivement, et aujourd'hui les mains, les pieds, la partie inférieure des avant-bras et des jambes sont déjà rouges, mais ne sont pas encore envahis par les squames.

La maladie a toujours une longue durée variant, depuis

trois mois jusqu'à huit ou dix ans; je ne considère pas comme appartenant à la véritable dermite exfoliatrice les cas dans lesquels la desquamation épidermique n'a persisté que pendant un ou deux mois, il s'agit alors de l'érythème scarlatiniforme. La maladie peut se terminer par la guérison; dans la thèse de Percheron, on peut lire une observation très intéressante de dermite exfoliatrice, dans laquelle ont existé tous les symptômes les plus graves de l'éruption cutanée, desquamation abondante, fissures, eschares, ulcérations de la peau, chute des poils et des ongles, fièvre, troubles digestifs et dans laquelle la guérison a eu lieu cependant au bout de huit mois. Quelques autres observations de guérison ont encore été publiées; mais je considère la dermite exfoliatrice comme très grave et je dis comme Bazin que la terminaison funeste est le plus souvent observée, soit que les malades meurent dans le marasme, épuisés par cette sécrétion exagérée de l'épiderme, soit qu'il survienne de l'anasarque sans albuminurie, soit qu'une maladie accidentelle, bronchite, pneumonie, érysipèle vienne terminer la scène en se développant sur une personne déjà affaiblie et hors d'état de résister à une atteinte morbide un peu sérieuse.

Diagnostic. — Le sentiment de chaleur ressenti par les malades, l'existence de la rougeur intense de la peau, l'abondance des squames foliacées, minces, transparentes et assez larges, leur chute journalière et leur rapide renouvellement, sont des caractères suffisants pour qu'on puisse reconnaître facilement la dermite exfoliatrice. La sécheresse de la peau, ou l'absence de suintement plastique en cas de sécrétion humide, l'absence absolue de croûtes, la transparence des squames, leur peu d'adhérence écarteront l'idée de l'eczéma. Je n'ai pas à mentionner le diagnostic différentiel à établir entre la dermite et le psoriasis généralisé : l'épaisseur des squames,

leur adhérence, leur couleur argentée caractérisent suffisamment la dernière affection pour qu'on la reconnaisse facilement. L'étendue de l'éruption, le siège sur le tronc ou sur les membres, l'abondance des squames, leur chute incessante, leur nombre différencient la dermite exfoliatrice du véritable pityriasis, dans lequel la maladie a son siège de prédilection à la face et au cuir chevelu, et se caractérise par une rougeur moins vive de la peau, par l'existence de squames furfuracées, plus épaisses et plus adhérentes, semblables à du son. On ne pourrait véritablement confondre la dermite exfoliatrice qu'avec le pemphigus foliacé : ces deux affections se ressemblent tellement, que j'ai eu longtemps l'opinion que la dermite exfoliatrice n'était qu'une variété du pemphigus foliacé ; toutefois l'absence de bulles au début et dans le cours de l'affection, la sécheresse de la peau, l'absence d'ulcérations sont des caractères qui seront en faveur de l'existence de la dermite. L'érythème scarlatiniforme a été regardé par quelques auteurs modernes et particulièrement par le docteur Brock comme une variété de dermite exfoliatrice ; il est évident que les caractères objectifs de l'érythème et de ceux de la dermite sont les mêmes, mais la longue durée de la dermite empêchera la confusion qui pourrait exister entre ces deux affections.

Pronostic. — La véritable dermite exfoliatrice, celle de Bazin, celle dont j'ai indiqué ici les caractères, est une maladie grave et que j'ai vue bien rarement guérir ; le plus ordinairement, après plusieurs mois ou plusieurs années, les malades s'affaiblissent, et alors ou ils sont enlevés par une affection intercurrente ou leurs fonctions digestives s'altèrent ; ils tombent dans la cachexie et ils succombent dans le marasme ou avec des phénomènes d'hydropisie généralisée ; quelquefois, dans les derniers temps, les lésions de la peau diminuent d'intensité et la

desquamation est moins abondante. Cette terminaison fatale n'est cependant pas inévitable ; Percheron cite plusieurs exemples de guérison, mais il faut faire remarquer qu'il n'a pas assez distingué la dermite exfoliatrice véritable de l'érythème scarlatiniforme.

Étiologie. — On ne sait rien de positif sur les circonstances qui peuvent favoriser le développement de la dermite exfoliatrice ; on a dit que cette affection se développait chez des gens affaiblis par l'âge, par de mauvaises conditions hygiéniques ou par des chagrins prolongés. Pour ma part, je ne l'ai jamais rencontrée chez des personnes âgées de moins de quarante ans ; mais je ne saurais, d'après mon observation, assigner aucune cause ni accidentelle ni prédisposante dans les cas que j'ai examinés ; j'ai vu la maladie se développer chez des individus bien constitués et n'ayant présenté antérieurement aucune affection soit diathésique, soit cutanée. J'ajouterai cependant que la dermite exfoliatrice m'a paru dans certains cas être une complication ou une terminaison du psopiasis et surtout de l'eczéma. C'était là l'opinion de Bazin et pour ma part j'ai vu plusieurs fois des malades atteints de dermite exfoliatrice et qui avaient été traités auparavent par d'autres ou par moi pour une affection psoriasique ou eczémateuse. Y avait-il eu une erreur de diagnostic au début et le véritable caractère de la maladie avait-il été méconnu ? je ne le pense pas, car il y avait eu plusieurs fois des récidives de la maladie première avec les intervalles de santé qu'on observe ordinairement dans les affections dartreuses ; et en face de ces faits, je serais tenté d'admettre que la dermite exfoliatrice peut être une terminaison d'autres maladies de la peau qui en ont préparé le développement.

Traitement. — On ne connaît jusqu'à présent aucune médication sur laquelle on puisse compter pour arrêter les progrès de la dermite exfoliatrice ; on a employé les

alcalins et particulièrement le bicarbonate de soude, l'ammoniaque et le carbonate d'ammoniaque, l'ergot de seigle, l'iodure de potassium, les préparations arsenicales, les toniques, la noix vomique ; aucun de ces médicaments n'a paru avoir un caractère bien efficace ; c'est encore à l'arsenic et pricipalement à la liqueur de Fowler, à la dose progressive de huit à vingt gouttes par jour, que je donnerais la préférence, comme ayant une action particulière sur la peau, et il m'a semblé quelquefois en obtenir un bon résultat momentané. J'ai plusieurs fois ajouté à la liqueur de Fowler, dans la proportion du double, la teinture d'aconit, dans le but de calmer la cuisson et la chaleur ressenties à la peau. Pour obtenir la diminution des douleurs et pour faire cesser l'insomnie, j'ai employé également avec avantage l'opium, les bromures de potassium ou de sodium et surtout le chloral, à l'aide duquel le sommeil est presque constamment obtenu. Lorsque la faiblesse générale se prononce, c'est surtout aux toniques qu'on doit s'adresser, aux préparations de gentiane, de quinquina, de noix vomique, aux eaux minérales ferrugineuses, et à une alimentation réparatrice en rapport avec l'état des voies digestives.

Quant aux moyens locaux utiles pour calmer la chaleur cutanée, on se trouvera bien de lotions émollientes, de bains gélatineux et émollients, d'onctions avec de la vaseline seule ou associée avec de l'eau de chaux, du liniment oléo-calcaire employé par les chirurgiens contre les brûlures et proposé par Hillairet pour le traitement du pemphigus, de pommades à base d'oxyde de zinc ou d'extrait de Saturne ; mais on devra s'abstenir de lotions excitantes et surtout de bains alcalins ou sulfureux. J'ai obtenu deux fois une sédation momentanée à la suite d'une saison aux eaux de Schlangenbad, et une autre fois à la suite des eaux de Saint-Gervais. J'ai constaté plusieurs fois une aggravation de la mala-

die après l'administration d'autres eaux minérales plus actives.

TROISIÈME CLASSE

MALADIES PARASITAIRES DE LA PEAU

En pathologie générale on appelle maladies parasitaires celles qui résultent de la présence d'un organisme étranger à l'économie ; par sa position superficielle qui l'expose à l'action de tous les agents extérieurs, la peau, plus que tout autre organe, est susceptible d'être atteinte par des parasites dont la présence et le développement produisent des éruptions ; celles-ci sont spéciales ou communes. Dans le premier cas, elles ont des caractères particuliers qui n'appartiennent qu'à elles et qui ont un grand intérêt diagnostique. Dans l'autre cas, elles n'ont rien de distinctif, ce sont des éruptions qui peuvent venir sous l'influence de plusieurs causes, mais qui sont cependant sous la dépendance du parasite, soit parce que celui-ci a déterminé dans la peau un travail phlegmasique, comme on le voit par l'érythème ou par l'ecthyma, qui sont le résultat de l'irritation apportée à la peau par la présence de l'acare de la gale, du pou, ou de l'élément cryptogamique du favus, ou bien encore parce que cette même irritation cutanée a fait éclore une éruption diathésique inhérente à l'individu et qui ne demandait qu'une cause occasionnelle pour se manifester ; l'eczéma qui accompagne fréquemment les productions parasitaires de la peau et qui les complique quelquefois de manière à en rendre le diagnostic difficile, est un exemple d'une affection diathésique consécutive à la présence d'un parasite.

Ces maladies cutanées parasitaires constituent, par

leur cause spéciale, un groupe très naturel qu'on est obligé d'accepter aujourd'hui, quelle que soit d'ailleurs la base de classification qu'on ait prise pour guide dans l'étude des maladies de la peau ; tantôt elles sont produites par des parasites appartenant à l'ordre végétal, tantôt par des parasites animaux ; je commencerai par la description des maladies parasitaires végétales.

§ 1. — Maladies parasitaires végétales.

La nature parasitaire de ces maladies n'a été éclaircie que depuis peu de temps, depuis la découverte de l'achorion dans le favus, par Schœnlein, en 1839, et du trichophyton dans l'herpès tonsurant, par Malmsten, en 1846 ; mais ces affections étaient connues depuis longtemps ; on en trouve la description dans les plus anciens auteurs, et au treizième siècle, comme elles attaquent principalement les parties pileuses, elles ont été confondues par les médecins arabes, sous le nom de *teignes*, avec les autres maladies graves et rebelles du cuir chevelu. Cette confusion se prolongea longtemps et ne fut même pas évitée par Willan et Bateman, qui remplacèrent seulement le mot teigne par l'expression *porrigo ;* mais elle fut surtout entretenue par Alibert, lequel, adoptant la doctrine de Turner, qui divisait en 1714 les maladies de la peau en deux grandes classes, les dartres occupant le corps, et les teignes se développant sur le cuir chevelu, admit dans son arbre des dermatoses une classe de maladies teigneuses comprenant toutes les maladies du cuir chevelu depuis l'eczéma jusqu'à la plique. De nos jours, et sous l'influence de Bazin, le mot teigne est devenu synonyme de maladie parasitaire du cuir chevelu et du système pileux, maladie due à la présence de végétaux, et par conséquent cette expression s'applique maintenant à une espèce nosologique bien définie.

Ces maladies sont caractérisées habituellement par des éruptions et par des lésions à forme circulaire et circonscrite, à limites bien plus précises qu'on ne le voit dans les différentes variétés de l'eczéma. Les cheveux ou les poils sont toujours altérés, et le microscope permet de reconnaître soit dans le système pileux, soit dans l'épiderme la présence du végétal parasite, cause de l'affection, lequel constitue un signe diagnostique d'une valeur absolue.

La durée des maladies parasitaires est ordinairement longue; même avec les moyens de traitement que nous possédons aujourd'hui, les cheveux tombent, puis repoussent lentement, et quelquefois même, le follicule pileux étant détruit, la maladie se termine par une alopécie partielle ou totale. Les récidives sont assez communes, quelques spores non détruites se développant plus tard et déterminant de nouvelles poussées. La contagion est la seule cause déterminante des maladies parasitaires végétales; elle a lieu par le contact, ou immédiatement par des objets contenant des poussières champignonneuses, ou même par l'atmosphère imprégnée de ces mêmes poussières; mais, pour que le parasite se développe et pour qu'il produise la maladie parasitaire, il est nécessaire que la semence tombe sur un terrain favorable, qui se rencontre principalement chez les jeunes sujets, chez les individus débilités et chez ceux qui présentent les caractères d'un tempérament lymphatique très prononcé. La condition de cet état antérieur, nécessaire au développement de la maladie, explique la difficulté des inoculations expérimentales tentées dans le but d'opérer la transmission artificielle de la maladie et d'autre part l'immunité de certaines personnes exposées aux poussières champignonneuses et résistant à la contagion.

Les connaissances étiologiques relatives à la cause déterminante et à la cause prédisposante des maladies

parasitaires végétales dominent la thérapeutique, laquelle présente deux indications, la première qui consiste dans l'emploi des moyens destinés à détruire le parasite, la seconde qui a pour but de modifier l'état général des malades à l'aide des moyens reconstituants fournis par l'hygiène et par la matière médicale.

Bazin a proposé d'étudier les végétaux parasites et les maladies qui résultent de leur présence dans l'ordre suivant : 1° les végétaux trichophytiques et onychophytiques, ceux qui attaquent les poils ou les ongles ; 2° les végétaux épidermophytiques, ceux qui se développent dans l'épaisseur de l'épiderme, et 3° les végétaux épithéliophytiques, ceux qui atteignent les surfaces épithéliales des membranes muqueuses. Cette division ne peut être conservée, le même champignon attaquant souvent les poils et l'épiderme ; et d'autre part, nous n'avons pas à nous occuper ici des maladies des membranes muqueuses. D'ailleurs le nombre des maladies parasitaires d'ordre végétal n'est pas si grand et les différences qui les séparent ne sont pas si accentuées, qu'il soit nécessaire d'établir entre elles des genres et des espèces ; nous allons donc les décrire successivememt en commençant par le favus, la plus grave et la mieux caractérisée de toutes, celle qui peut servir de type aux maladies cutanées causées par les parasites végétaux ; puis nous étudierons la trichophytie, la pelade, le pityriasis versicolor et l'érythrasma. Parmi les maladies épidermophytiques admises par Bazin et désignées aussi par lui sous le nom de *crasses parasitaires*, c'est à tort que cet auteur a admis les éphélides des femmes enceintes, les taches hépatiques et le lentigo. Il n'y a pas de parasites dans ces affections maculeuses que j'ai placées dans la classe des difformités de la peau.

Quelques naturalistes, et en particulier Lowe (1850), Talaruc (1851), Kuhn, de Bary, et quelques médecins, à

tête desquels je placerai Hébra, ont prétendu que les végétaux cryptogamiques trouvés dans les maladies que je viens de nommer, au lieu d'appartenir à des genres différents, n'étaient que des formes particulières du même végétal, lequel n'était lui-même que le champignon de la moisissure, l'aspergillus (1). Il est possible que cette manière de voir soit vraie au point de vue de l'histoire naturelle; mais, nous constatons de telles différences dans les caractères cliniques de chaque maladie, l'examen microscopique nous permet de reconnaître des variétés morphologiques si accusées entre chaque végétal, que nous n'hésitons pas à considérer chaque maladie que je vais décrire comme une espèce nosologique déterminée ; et d'autre part, pour bien constater cette distinction, j'ajouterai que la contagion et l'inoculation, lorsqu'elle a réussi, ont toujours donné lieu à la production de maladies semblables et identiques à celles d'où provenait le germe.

Une autre difficulté se présente encore : outre les maladies parasitaires que tout le monde admet, on rencontre et on a trouvé, surtout dans ces derniers temps, des productions cryptogamiques et particulièrement des spores, dans plusieurs maladies non réputées parasitaires. C'est ainsi que Malassez a décrit dans certains cas de pityriasis un petit parasite siégeant dans la couche cornée de l'épiderme et auquel il attribue des alopécies durables, que Bærensprung et Vidal ont indiqué la présence d'un cryptogame (*Microsporon minutissimum* Burkhart, *Microsporon anomæon* Vidal), dans quelques érythèmes circinés, que Besnier et Balzer ont trouvé également des spores dans les lamelles épidermiques furfuracées de quelques variétés de pityriasis disséminé, que Köbner et Hebra ont décrit l'eczéma marginé comme une affection

(1) Lowe, *On the identity of the Achorion Schöenleinii and other vegetable parasites with Aspergillus glaucus* (Annals and Magazine of natural History).]

parasitaire. En présence de ces résultats doit-on considérer ces affections comme des maladies parasitaires, je n'hésite pas à répondre par la négation : le cryptogame n'est là que comme accessoire, c'est un produit qui peut être le résultat de la décomposition de certains produits morbides, ou bien un parasite surajouté tout à fait accidentel et qui ne joue aucun rôle dans la genèse de la maladie. Je suis tenté d'en dire autant de l'éléphantiasis des Grecs, maladie dans laquelle on a trouvé récemment la présence d'un micro-organisme particulier; je ne conteste pas son existence, mais son rôle n'est pas encore assez bien déterminé pour qu'on puisse actuellement ranger la lèpre parmi les maladies parasitaires et, au moins provisoirement, je continuerai à la placer dans la classe des maladies diathésiques.

1° **Favus.**

Définition. — Le mot latin *favus* veut dire rayon, gâteau de miel, cellule hexagone dans laquelle les abeilles font leur miel ; en pathologie il s'applique à une maladie cutanée caractérisée extérieurement par des croûtes jaunâtres présentant des enfoncements en forme de cupules ou de godets, lesquels se rapprochent de l'apparence d'un gâteau de miel. La même maladie a été désignée sous le nom latin de *tinea* (*tinea vera* Lorry), par les expressions de *teigne*, de *teigne faveuse*, de *porrigo* (Willan et Bateman); le nom de favus ou de teigne faveuse est celui qu'on emploie presque exclusivement aujourd'hui pour indiquer une maladie cutanée contagieuse, siégeant principalement au cuir chevelu, mais pouvant affecter toutes les régions, caractérisée par des croûtes affectant dans leur origine une couleur jaune, par une disposition en godets et amenant une modification profonde des cheveux et des poils, et même leur chute,

laquelle maladie est due à la présence, dans certains éléments de la peau, d'un cryptogame particulier, qu'on appelle en histoire naturelle *Achorion Schœnleinii*.

Historique. — La teigne faveuse paraît avoir été inconnue des médecins grecs et latins, qui l'ont confondue avec les achores et les autres éruptions du cuir chevelu; ce sont les médecins arabes qui paraissent l'avoir notée pour la première fois comme une maladie distincte. Avicenne, Rhazes, Avenzoar, Haly Abbas, l'ont décrite sous les noms de *sahafati*, *safathin*, *ṭalbathin*. De ces deux dernières expressions, suivant Lorry (1), on a emprunté plus tard la dernière syllabe pour faire les mots *thin*, *tineum*, *tinea*. C'est en effet sous le nom de *tinea* (en français teigne) que nous voyons la maladie qui nous occupe désignée par Gordon, Arnaud de Villeneuve, Guy de Chauliac, Ambroise Paré et plus tard par Lorry. Mais, tout en donnant dans leurs descriptions les principaux caractères de la teigne faveuse, savoir la couleur jaune des croûtes, la disposition en godets, l'odeur spéciale, tous ces anciens auteurs, à l'exception de Lorry, ont confondu cette maladie avec les autres affections du cuir chevelu, et particulièrement avec le pityriasis, l'eczéma et l'impétigo, et cette confusion était telle, qu'en 1714 Turner proposait de diviser les maladies chroniques de la peau, suivant leur siège, en deux grandes classes, celles du corps étant comprises sous le nom commun de dartres, celles du cuir chevelu étant réunies sous le nom de teignes. Cette confusion entre la teigne faveuse, la vraie teigne (*tinea vera* de Lorry) et les autres maladies de la tête ne fut pas évitée par Alibert (2), ni même par Willan et Bateman (3). Willan, trouvant avec raison que

(1) Lorry, *De morbis cutaneis*. Parisiis, 1777, p. 455.
(2) Alibert, *Monographie des dermatoses*. Paris, 1832.
(3) Bateman, *Practical Synopsis of cutaneous Diseases according to the arrangement of Willam*. London, 1813; 7th edit., 1829.

le terme de teigne était devenu trop vague, lui substitua le mot *porrigo*, de *porrigere*, étendre, et admit deux variétés, le *porrigo favosa* et le *porriga scutulata*, cette dernière variété se rapportant bien plutôt à l'herpès tonsurant (*ringworm* des Anglais) qu'au vrai favus. Bateman, désirant être plus complet que son maître et admettant comme lui le nom de porrigo pour remplacer celui de teigne, divisa cette maladie en six variétés : 1° le *porrigo larvalis*, 2° le *P. furfurans*, 3° le *P. lupinosa*, 4° le *P. scutulata*, 5° le *P. decalvans* et 6° enfin le *P. favosa;* la troisième et la sixième variété appartiennent seules au favus, les autres doivent être rapportées à l'impétigo, au pityriasis, à l'herpès tonsurant et à la pelade. En outre Willan et Bateman, dans un intérêt de classification systématique, avaient supposé dans toutes les variétés de porrigo l'existence iniatiale de pustules qui ne se trouvent pas nécessairement dans le favus et qui n'y constituent qu'une complication accidentelle, et ils avaient placé cette maladie dans l'ordre des éruptions pustuleuses, à côté de l'impétigo et de la variole.

Malgré ces défectuosités pratiques, les opinions de Willan et de Bateman avaient prévalu en Angleterre et sur le continent, et elles étaient professées en France par Biett, par Cazenave, par Gibert et par Devergie, lorsque survint une découverte scientifique qui devait jeter un our tout nouveau sur la nature et sur le traitement du favus. En 1839, Schœnlein découvre, dans les croûtes du favus, la présence d'un végétal particulier auquel il donne le nom d'*oïdium*, dénomination qui plus tard fut changée en celle d'*achorion Schœnleinii*, à l'instigation des professeurs Link et Remak, afin de perpétuer le nom du savant qui l'avait observé le premier. De la découverte du cryptogame du favus à l'idée que ce végétal était la cause de la teigne, il n'y avait qu'un pas ; il fut bientôt franchi, et, grâce aux travaux de Remak, de

Gruby, de Charles Robin (1), de Montagne, de Bazin, le favus fut considéré comme une maladie parasitaire au même titre que la gale et le prurigo pédiculaire. Parmi les savants et les médecins qui contribuèrent à propager et à faire adopter définitivement cette opinion de la nature parasitaire du favus, je dois placer en première ligne mon collègue Bazin (2), lequel démontra la présence de l'achorion, non seulement dans les croûtes du favus, mais encore dans le bulbe et dans la substance propre du cheveu, qui établit, par des observations cliniques et par des expériences variées, que le parasite était bien la cause unique du favus, et surtout qui eut le mérite d'instituer un traitement rationnel et scientifique de la teigne, dont la curation avait été jusque-là abandonnée à des empiriques employant des moyens secrets ou des pratiques douloureuses, dont le succès était loin d'être constant. Grâce à la découverte de Schœnlein, grâce aux travaux des médecins que nous venons de citer, l'histoire nosographique du favus est très facile à faire aujourd'hui, et la découverte de la nature parasitaire de cette affection est venue éclairer, comme nous le verrons plus tard, presque toutes les questions qui se rapportent à son développement, à son étiologie et à son traitement.

Espèces et variétés du favus. — Presque tous les auteurs admettent plusieurs divisions dans la teigne, ce qui tient à la confusion qui a longtemps régné entre le favus et d'autres maladies du cuir chevelu. Je n'ai pas à les indiquer ici ; je dois mentionner seulement l'opinion de Bazin, qui décrit trois variétés distinctes de favus : 1° le

(1) Ch. Robin, *Des végétaux qui croissent sur les animaux vivants* (thèse de botanique pour le doctorat ès sciences naturelles). Paris, 1847. — *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants.* Paris, 1853, avec planches.

(2) Bazin, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes.* Paris, 1853, in-8°. — *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, rédigées et publiées par Pouquet. Paris, 1858.

favus urcéolaire, 2° le *favus scutiforme* et 3° le *favus squarreux*. J'avoue que ces espèces ne me paraissent pas très légitimes ; elles se succèdent, elles se transforment fréquemment les unes avec les autres et elles me paraissent traduire plutôt des apparences différentes, des périodes successives d'une même espèce nosologique que des variétés distinctes. Je ne crois donc pas utile de les conserver.

Symptômes. — Le favus débute ordinairement par des démangeaisons peu vives accompagnées d'une rougeur à la peau ; cette rougeur se présente sous la forme de cercles réguliers et peu étendus, différents des cercles de l'herpès parasitaire en ce sens que leur diamètre est petit et que leur dimension ne s'accroît pas incessamment. Ces plaques rouges sont souvent le siège d'une légère desquamation épidermique. Mais bientôt se manifestent des phénomènes plus caractéristiques : en un ou en plusieurs endroits, on voit survenir un petit point jaunâtre légèrement saillant ; et, si, dès le début, on examine ce point à la loupe, on le voit déjà offrir une dépression centrale au milieu de laquelle se trouve ordinairement un poil. Ce point jaune grossit de jour en jour, il augmente en étendue et en élévation, soulevant l'épiderme au-dessous duquel il est situé, et, au bout de huit à vingt jours, il se présente sous la forme d'une croûte, d'un jaune soufré, arrondie, sèche et déprimée à son milieu de manière à figurer une apparence de godet ou de lampion. La partie centrale est toujours traversée par un poil, et un ou deux autres poils peuvent être également aperçus, traversant obliquement la croûte. Cette concrétion jaune est adhérente à la peau ; si l'on fait effort pour l'arracher, on trouve au-dessous d'elle la lame profonde de l'épiderme et une dépression rappelant la forme et l'étendue de la croûte ; si l'avulsion a été brusque ou pénible, il peut s'écouler quelques gouttelettes de sang.

Au milieu de la surface déprimée on peut voir, à la loupe, l'ouverture d'un conduit pilifère. Ordinairement plusieurs croûtes naissent simultanément ou à quelques jours d'intervalle, et, au bout de quelques semaines, la partie sur laquelle la maladie s'est développée est plus ou moins couverte de plaques jaunes, isolées et ayant la forme que nous avons décrite; lorsque le favus est ainsi disséminé, il a reçu le nom de *favus urcéolaire*, de *tinea lupinosa*, de *porrigo lupinosa*. Les croûtes peuvent rester isolées, croissant en étendue et en épaisseur; à un moment donné, par suite de cet accroissement, l'épiderme qui recouvre la face supérieure et les faces latérales des favi se rompt et les croûtes se désagrègent; libres de toute enveloppe, elles se déforment; une partie se réduit même en poussière. Quelques croûtes peuvent tomber tout à fait, soit spontanément, soit par quelque frottement, et alors elles ne tardent pas à être remplacées au même lieu par de nouvelles concrétions de semblable nature qui s'accroissent incessamment. Dans ces cas le favus reste toujours disséminé.

Mais dans d'autres circonstances, les favi sont plus rapprochés, et, par suite de leur extension en largeur, ils arrivent à se toucher et à se confondre, de manière à former non plus des croûtes isolées, régulières, mais des plaques plus ou moins larges, bien circonscrites, mais irrégulièrement arrondies, de couleur également d'un jaune clair, et sur lesquelles on peut le plus souvent apercevoir des dépressions en cupule, lesquelles disparaissent plus tard en totalité ou en partie, lorsque, par suite de la rupture de l'épiderme qui la recouvrait et la maintenait, la croûte s'émiette et tombe en poussière. Lorsque le favus se présente avec ces caractères, il a été décrit sous le nom de *teigne faveuse scutiforme*, *porrigo scutulata*, à cause de la ressemblance, assez éloignée d'ailleurs, de ces plaques avec un bouclier.

Enfin, quelle que soit d'ailleurs la forme des croûtes, lorsqu'elles sont anciennes, elles perdent leur couleur jaune, elles deviennent grises, elles forment des plaques plus ou moins larges, mal circonscrites, et sans formes régulières, un peu semblables à des taches de plâtre appliquées sur le cuir chevelu : leur surface est inégale, anfractueuse, sans godets ; les cheveux sont salis par une poussière blanche qui se détache de cette croûte sèche ; et même quelques grains plus gros adhèrent aux cheveux dans un point de leur longueur. C'est là le *favus squarreux* que quelques auteurs ont désigné comme une espèce particulière de teigne. Ainsi que je l'ai déjà dit, Bazin décrit comme trois variétés distinctes le favus urcéolaire, le favus scutiforme et le favus squarreux ; tout en admettant ces distinctions de forme, je ne puis considérer ces diverses manières d'être des croûtes faviques comme constituant des variétés définies et différentes, puisque fréquemment on les voit coïncider ou se succéder les unes aux autres et que dans toutes ces formes, lorsqu'on a enlevé les croûtes par un procédé quelconque, on voit toujours la maladie reparaître sous la forme de petites concrétions isolées, creusées en godets et se rapportant à la forme urcéolaire ou lupineuse.

Dans le favus, l'état des cheveux mérite une attention toute particulière ; j'ai déjà dit que dans la forme urcéolaire, la dépression centrale en cupule était traversée par un cheveu ; dans la teigne scutiforme, des cheveux traversent également les plaques croûteuses ; mais, le godet étant moins marqué, le poil ne correspond pas toujours à une dépression ; plusieurs cheveux d'ailleurs sont souvent compris dans la croûte, qu'ils traversent obliquement ; d'autres fois la plaque repose sur une surface glabre dont les cheveux sont tombés et on n'en voit par conséquent aucune trace sur les croûtes. Dans la teigne squarreuse, les cheveux devenus plus rares se voient çà

et là au milieu des croûtes plâtreuses et sont colorés en gris par la poussière qui se détache de ces concrétions. Mais au bout d'un certain temps, les cheveux revêtent un aspect tout spécial; ils sont secs, frisottants, comme lanugineux; ils ont perdu surtout leur aspect lisse et luisant; ils sont d'une couleur grise; leur croissance est lente et on voit manifestement qu'ils souffrent dans leur nutrition. Cet état particulier est dû à la pénétration du champignon dans le tissu pileux lui-même et aussi au défaut de la matière grasse sécrétée par les glandes sébacées annexées aux follicules pileux, lesquelles glandes sont altérées, et souvent même détruites par les productions parasitaires.

J'ai déjà signalé les démangeaisons qui existent dès le début de la maladie et qui, souvent, en sont le premier symptôme. Elles persistent ordinairement pendant le cours de l'affection, elles incitent de temps en temps les malades à se gratter, et cette action cause quelquefois l'avulsion des croûtes ou du moins la chute de leur partie la plus superficielle. Ces démangeaisons sont rarement vives; chez certains malades elles n'existent même pas, ou elles ne surviennent qu'accidentellement. A moins de complications, les malades n'accusent ni chaleur, ni cuissons, ni douleurs réelles.

Au cuir chevelu, outre l'altération des cheveux, on trouve encore un autre phénomène morbide à noter: c'est une odeur spéciale exhalée par la surface malade. On a comparé cette odeur à celle d'une couvée de souris ou à celle d'une étoffe imbibée d'urine; c'est une odeur fade, désagréable, *sui generis*, et qui est d'autant plus forte que les concrétions sont plus étendues et plus anciennes et que la région malade a été moins soumise aux soins de propreté. Pour augmenter l'aspect répugnant offert par la tête des teigneux, il n'est pas rare non plus de voir des poux remuer au milieu des cheveux et des

croûtes, et de distinguer leurs œufs attachés aux rares cheveux qui restent sous la forme de petites granulations grises.

Comme complication assez fréquente du favus on observe, sur la partie malade, de petites pustules arrondies, assez semblables aux pustules de l'ecthyma, mais moins volumineuses. Cette éruption se voit surtout lorsque les croûtes faviques ont été enlevées par des lotions ou par des cataplasmes; chaque pustule dure peu et se dessèche au bout de trois ou quatre jours en présentant une petite croûte jaune ou brune, laquelle ne tarde pas elle-même à tomber sans laisser de cicatrice. Willan et ses disciples, qui avaient rangé le favus dans la classe des maladies pustuleuses, avaient considéré ces pustules comme la lésion initiale du favus, dont les croûtes spéciales n'étaient, suivant eux, que du pus desséché. Cette manière de voir ne peut être soutenue: d'abord l'éruption pustuleuse n'est pas constante, c'est un accident, une complication, qui est au favus ce que l'ecthyma est à la gale; puis, pour bien se rendre compte des faits, si l'on entoure une pustule naissante d'un cercle coloré (avec de l'encre ou avec un crayon de nitrate d'argent), on voit manifestement cette pustule se dessécher et la croûte tomber complètement au bout de quelques jours, tandis qu'à côté d'elle s'élève une petite concrétion jaune qui s'agrandit, se façonne en cupule et devient une croûte favique sans avoir jamais présenté l'aspect pustuleux.

Outre ces pustules dont je viens de parler, on peut rencontrer, soit sur le cuir chevelu, à côté des concrétions faviques, soit aux oreilles, sur le front ou sur la nuque de l'eczéma ou de l'impétigo, dont la présence peut quelquefois, au premier abord, rendre le diagnostic un peu plus difficile. Chez quelques malades on constate aussi des ganglions cervicaux augmentés de volume, douloureux et même abcédés. Sur la tête il survient aussi quelquefois

des abcès sous-cutanés. Plus souvent encore on trouve des abcès froids, des engorgements ganglionnaires chroniques, les diverses formes du lupus, des affections des os; mais ce sont là des signes de la scrofule qui n'appartiennent pas en propre à la teigne faveuse et que nous ne devons signaler, comme coïncidence fréquente, que pour prouver, ainsi que je le dirai plus loin, le rapport fréquent qui existe entre le favus et la scrofule.

Dans ce que je viens d'exposer des signes et des symptômes locaux du favus, j'ai eu surtout en vue la maladie développée sur le cuir chevelu; c'est, en effet, sur cette région qu'elle se montre presque exclusivement. Dans quelques cas rares cependant, et presque constamment alors consécutivement à la présence de croûtes faviques à la tête, la teigne faveuse peut se développer sur les diverses régions du corps, principalement à la face, puis au dos, aux membres et à l'abdomen. Aux membres, les croûtes affectent une prédilection marquée pour la partie externe, probablement à cause du nombre et de la force des poils qui s'y rencontrent. Lebert et Bazin ont signalé chacun le cas d'un godet favique s'étant rencontré implanté sur le gland. Sur le corps, le favus se présente le plus habituellement avec l'apparence urcéolaire, les croûtes sont d'un jaune caractéristique et elles sont creusées d'une cupule très apparente, au centre de laquelle on peut apercevoir un poil. Quant au nombre et à l'étendue des croûtes, il existe sur ces points de nombreuses différences; souvent on ne trouve que deux ou trois concrétions bien isolées; d'autres fois il en existe un plus grand nombre qui, tantôt sont isolées, tantôt sont réunies, mais de manière qu'on distingue bien la forme arrondie et cupuleuse de chaque favus. Dans quelques cas enfin, les croûtes sont en grand nombre et recouvrent une ou plusieurs régions du corps; j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Saint-Louis, il y a quelques années, un jeune

garçon dont la presque totalité du corps était couverte de croûtes faviques. Des exemples semblables ont été cités par plusieurs auteurs. Le favus du corps se présente avec le même aspect que celui du cuir chevelu : les croûtes sont d'un jaune clair, elles sont sèches, adhérentes, et, comme je l'ai déjà dit, elles offrent une cupule bien apparente, même lorsqu'elles sont agminées et confondues les unes avec les autres. Autour d'elles on peut constater quelquefois une rougeur érythémateuse en cercles, plus facile à distinguer qu'au cuir chevelu. Les démangeaisons, l'odeur spéciale, l'engorgement des ganglions voisins existent, mais à un degré moindre qu'à la tête.

Enfin on doit savoir que le favus peut affecter une région toute spéciale, les ongles. En se grattant, les malades déjà atteints de cette affection, à la tête ou ailleurs, font pénétrer la poussière parasitaire entre l'ongle et la peau ; et, ainsi introduits, les germes contenus dans cette poussière se développent et reproduisent la maladie désignée sous le nom de *favus des ongles*, laquelle se manifeste au bout d'un certain temps par l'épaississement de la lame cornée unguéale. Au-dessous de cette lame on aperçoit une matière d'un gris brunâtre ; puis l'ongle jaunit, sa surface extérieure devient moins lisse, ses stries longitudinales sont plus apparentes, on y constate des nodosités, et, en d'autres endroits, il survient un amincissement de la lame cornée qui aboutit souvent à une perforation, l'ongle étant usé par l'action incessante du parasite et le fongus finissant par se frayer une voie au dehors. Cette affection des ongles est assez rare ; elle a été signalée pour la première fois par un des Mahon qui la contracta en soignant des teigneux, mais elle a été décrite exactement par Bazin, qui en a indiqué la véritable nature et qui l'a désignée comme une variété locale du favus.

Le plus ordinairement le favus n'entraîne pas de trou-

ble dans la santé générale ; à moins de maladie concomitante, les teigneux jouissent d'une bonne santé ; quelquefois cependant, lorsque les croûtes faviques occupent tout le cuir chevelu et surtout lorsqu'elles sont étendues à une ou à plusieurs régions de l'enveloppe cutanée du corps, il peut en résulter quelques phénomènes généraux qui sont principalement de la pâleur des tissus, de la maigreur, de l'affaiblissement musculaire et une certaine altération des fonctions digestives. Il en est alors de l'organisme humain comme de certains arbres qui s'étiolent lorsque leur enveloppe extérieure est couverte de productions cryptogamiques.

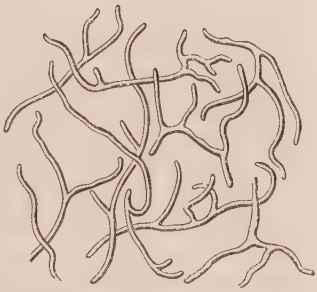

Fig. 2. — Filaments sporifères, ramifiés, non articulés, ayant $0^{mm},003$ environ de diamètre. Mycélium de l'achorion. (Ch. Robin, *Végétaux parasites*, pl. III.)

Microscopie. — Pour compléter la symptomatologie du favus, il me reste maintenant à indiquer les signes qu'on obtient à l'aide du microscope en examinant une petite parcelle de croûte favique ou un peu de poussière provenant de ces croûtes. En délayant sur un verre une très minime partie de ces croûtes ou de cette poussière dans de l'eau ou dans de la glycérine et en procédant à son examen microscopique, à un grossissement de 300 à 500 diamètres, on aperçoit au milieu de granulations amorphes, les diverses parties du végétal parasite, qui se compose du mycélium, des réceptacles et des spores. Le mycélium est formé de tubes cylindriques, flexueux, simples ou ramifiés en fourche, ni cloisonnés ni articulés, ayant un diamètre uniforme de $0^{mm},003$; ces tubes sont vides ou ne contiennent que quelques granules moléculaires (fig. 2). Les réceptacles ou sporophores, ou tubes

à spores, sont également des tubes, mais ils sont droits, plus volumineux, sans avoir tous le même diamètre, les uns vides, les autres contenant, dans une partie ou dans la totalité de leur cavité, des spores de dimension un peu variable (fig. 3). Enfin les spores, qui sont ordinairement en assez grand nombre, sont des corpuscules arrondis, rarement tout à fait sphériques, mais plutôt ovoïdes, ayant quelquefois une forme triangulaire ou quadrilatère à angles arrondis. La plupart sont isolées ; quelques-unes sont ajoutées bout à bout comme les grains d'un chapelet, au nombre de deux, de trois, de quatre au plus. Leur diamètre varie de $0^{mm},003$ à $0^{mm},07$, et les plus grosses peuvent même atteindre $0^{mm},010$ (Robin) (fig. 4). J'ai déjà dit et je répète ici que ce parasite végétal est connu en histoire naturelle sous le nom d'*Achorion Schœnleinii* (Remak); il appartient à la tribu des oïdiées.

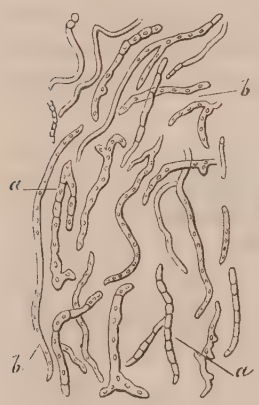

Fig. 3. — Filaments sporophores de l'achorion variant de $0^{mm},004$ à $0^{mm},005$ en largeur, de longueur variable, composés entièrement ou en partie de cellules ovales ou arrondies, articulées bout à bout (*a a*) ; quelquefois non articulés, mais renfermant de petits globules sphériques de $0^{mm},002$ à $0^{mm},003$ environ, qui sont probablement des spores en voie de développement (*b b*). Ils sont quelquefois ramifiés. (Robin.)

Dans une même préparation on aperçoit quelquefois les trois éléments du végétal que nous venons de signaler; quelquefois on n'en voit qu'un ou deux ; le plus souvent on ne rencontre que des spores sans tubes, et, habituellement, ces spores sont en quantité considérable.

L'achorion se développe dans les follicules pileux et dans les poils : d'après Bazin, le point où se trouverait

primitivement la matière favique serait la partie inférieure du conduit épidermique du poil, de là elle enverrait ses irradiations dans l'intérieur du cheveu, et, d'autre part, extérieurement, sous l'épiderme. En s'accroissant, en effet, le champignon se développe entre le conduit épidermique du poil et la couche profonde de l'épiderme, se porte au dehors, du côté de la peau, et vient faire saillie, sous la forme d'une petite concrétion jaune, tout autour de l'orifice extérieur du follicule. Cet orifice forme le point central, l'ombilic du godet. Par cette disposition anatomique se trouvent expliqués la situation sous-épidermique de la croûte favique, sa forme arrondie et son aspect en cupule dû à la dépression de l'orifice folliculeux. Par un accroissement graduel de la matière parasitaire, la croûte augmente de volume et de dimension en soulevant l'épiderme et en gardant toujours la même disposition autour du follicule, jusqu'à ce qu'une distension trop considérable amène la rupture de l'épiderme.

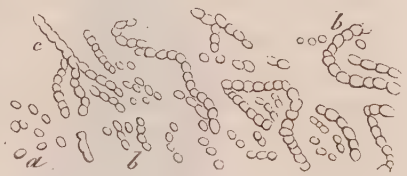

Fig. 4. — Poussière faveuse. — *a*, sporules isolées. — *b*, spores en chapelet. — *c*, tubes formés de sporules réunies bout à bout. (Bazin.)

Non seulement l'achorion se développe dans le follicule pileux, mais il envahit également le poil lui-même, pénètre dans son tissu, écarte ses stries et altère sa texture, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'inspection microscopique, laquelle démontre dans la racine et dans plusieurs parties du poil des éléments très évidents de l'achorion et principalement des spores (fig. 5).

C'est à cette pénétration du champignon dans la substance du poil qu'il faut attribuer les altérations des cheveux qui surviennent chez les teigneux, cette couleur

sale, grise, et cet aspect lanugineux que j'ai déjà signalés. Probablement aussi les follicules sébacés, annexés au conduit pilifère, sont envahis par la matière favique, et de là l'aspect terne des cheveux qui ne sont plus lubrifiés par la matière sébacée.

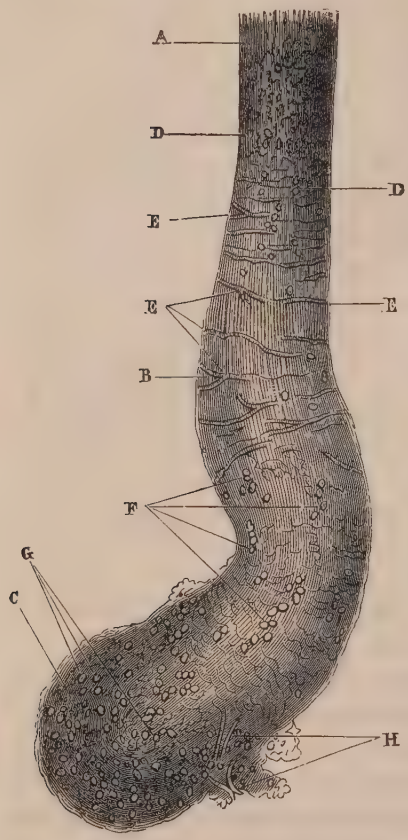

Fig. 5. — Cheveux provenant de la partie atteinte de favus. — A, commencement de la tige; B, souche; C, bouton; D, fibres longitudinales entre lesquelles existent des spores; E, stries transverses; F, sporules sur la souche; G, sporules sur le bouton; H, filament tubuleux. (Bazin.)

Tout en admettant que le lieu d'élection pour le développement de l'achorion se trouve dans le système pileux, plusieurs auteurs ont cru que le parasite pouvait se rencontrer encore dans l'épaisseur de l'épiderme et même dans les follicules sébacés; Lebert, pour soutenir l'opinion du développement possible de l'achorion dans l'épiderme, a cité le cas d'un godet favique observé par lui sur le gland du pénis d'un homme, point où les anatomistes n'ont point décrit de poil. Bazin, ayant rencontré un fait semblable, a détruit l'argumentation de Lebert en découvrant, à l'aide d'une

loupe, sur le gland de son malade, un léger poil traversant le centre du godet favique. Il faut donc accepter, au moins dans l'état actuel de la science, que l'achorion a pour siège élémentaire et exclusif le système pileux.

Marche, durée, terminaison. — Ainsi que je l'ai dit plus haut en parlant des symptômes du favus, cette maladie s'annonce au début par quelques démangeaisons, par des cercles érythémateux, puis par une petite croûte jaunâtre qui s'accroît en épaisseur et en étendue en accusant de plus en plus une dépression centrale en cupule; plusieurs croûtes semblables apparaissent ordinairement en même temps, s'étendent et souvent se réunissent de manière à former des plaques. Que les croûtes faviques restent d'ailleurs isolées de manière à constituer ce qu'on appelle le favus *urcéolaire*, ou qu'elles se réunissent en plaques (*favus scutiforme*) au bout de quelques semaines, l'épiderme qui recouvrait d'abord la sécrétion croûteuse se rompt, et, n'étant plus contenue, la croûte s'altère dans sa forme : elle est moins régulièrement arrondie et son apparence en godet est moins marquée; par suite du contact de l'air, elle se dessèche, les parties les plus superficielles se détachent et s'échappent soit sous forme de grains, soit sous forme de poussière; plus tard encore la couleur jaune s'efface et la croûte devient grise et comme plâtreuse; ainsi que je l'ai déjà indiqué, ces croûtes grises, sans configuration précise, qui constituent le favus dit *squarreux*, appartiennent ordinairement à un âge avancé de la maladie.

Une fois développée, la teigne faveuse est une maladie d'une durée très longue. Si elle est abandonnée à elle-même ou si un traitement efficace ne lui est pas opposé, elle se prolonge pendant plusieurs années; il n'est pas rare de voir des individus conserver des plaques de favus pendant cinq, dix, vingt ans et plus; tantôt, dans ces cas, la maladie reste bornée et deux ou trois plaques circon-

scrites existent au cuir chevelu ; tantôt la maladie s'étend progressivement de manière à gagner la totalité de la tête ; quelquefois même les croûtes se propagent jusque sur diverses régions du tronc ou des membres.

La maladie peut cependant se terminer spontanément par la guérison : dans les cas les plus heureux, les croûtes faviques occupent un espace restreint, elles ne se propagent pas au delà des limites primitives, et, au bout d'un certain temps, elles tombent pour ne pas se reproduire, ne laissant à la place qu'elles occupaient qu'une alopécie circonscrite qui est couverte par les cheveux voisins et qui ne s'aperçoit pas. Dans des circonstances plus favorables encore, alors même que la maladie est plus étendue, un traitement heureux est institué et la guérison peut avoir lieu sans places dénudées ; mais le plus ordinairement, sur les parties atteintes, les cheveux sont plus rares, moins serrés les uns près des autres, et ils conservent pour toujours une sécheresse particulière due à la destruction des follicules sébacés annexés aux follicules pileux ; lequel état de sécheresse, associé à l'alopécie diffuse, permet à un œil exercé de reconnaître l'existence antérieure de la teigne faveuse.

Mais, lorsque la maladie s'est prolongée pendant plusieurs années, la guérison peut encore avoir lieu par un mode différent : la présence continue du parasite finit par détruire, non seulement les glandes sébacées, mais encore le follicule pileux lui-même, peut-être même les glandes sudoripares ; le cuir chevelu est réduit à l'état membraneux, ses parties glanduleuses constituantes ont disparu, et le champignon lui-même meurt faute de support et d'aliment ; alors les croûtes tombent pour ne plus se reproduire et la guérison est complète, mais le cuir chevelu dénudé de cheveux est luisant, mince, et ressemble à une feuille de parchemin. Quelquefois l'alopécie est complète ; chez d'autres malades il reste encore quel-

ques rares cheveux, grêles, secs et qui naissent de follicules pileux altérés, mais non détruits. Sur ces têtes ainsi dénudées on peut voir aussi parfois quelques poils rampant sous l'épiderme et ayant une direction horizontale. Suivant l'étendue de la maladie, cette altération si particulière du cuir chevelu est tantôt générale, tantôt seulement partielle ; dans ce dernier cas, cependant, il est rare qu'elle n'occupe pas un espace assez considérable.

Avant de quitter ce qui se rapporte à la marche de la teigne faveuse, j'ajouterai que, dans le cours de cette affection, lorsqu'une maladie aiguë survient, il est habituel de voir les croûtes tomber et le favus s'effacer momentanément, pour reparaître lors de la convalescence de la maladie accidentelle.

Diagnostic. — Lorsque la teigne faveuse est arrivée à son entier développement et lorsqu'elle n'est pas très ancienne, c'est-à-dire lorsque les croûtes ont acquis et conservé leurs caractères distinctifs, le diagnostic de cette maladie est facile ; on la reconnaît aisément à son siège bien circonscrit, à la sécheresse, à la couleur soufrée des croûtes, à leur cassure pulvérulente lorsqu'on les brise, à leur disposition en godets; la couleur grise, l'aspect terne et lanugineux des cheveux, ainsi que l'odeur de souris exhalée par la partie malade, viennent encore ajouter à ces caractères si précis. La forme arrondie des croûtes, leur dissémination caractérisent le favus urcéolaire; la disposition en plaques, l'apparence en godets moins accusés se rapportent au favus scutiforme. La couleur grise, plâtreuse, la sécheresse plus grande des croûtes font reconnaître le favus dit squarreux.

Mais au début de la maladie, avant le développement au dehors des croûtes caractéristiques, le diagnostic est souvent impossible, le favus ne donnant lieu qu'à quelques démangeaisons et à quelques cercles érythémateux ;

cependant, dans ces circonstances, la régularité et la petite dimension des cercles seraient, suivant Bazin, des caractères qui pourraient servir à prévoir l'éruption. Pour le favus épidermique, en effet, ces cercles érythémateux, plus petits, plus réguliers et moins disposés à l'extension centrifuge que ceux de l'herpès circiné, pourraient être un indice de la maladie qui est en train de se développer; mais au cuir chevelu la présence des cheveux empêche de distinguer ces cercles et la maladie ne peut être reconnue que lorsque les croûtes commencent à se former. Également, lorsque la maladie est ancienne, lorsque les croûtes ont été altérées dans leur forme, dans leur couleur, soit par le grattage, soit par divers topiques, soit par le temps, le diagnostic devient très difficile; on peut cependant parvenir à l'établir d'une manière certaine en faisant attention à la limite précise des plaques croûteuses, à leur odeur, à l'altération des cheveux devenus secs, ternes, grisâtres, et s'arrachant facilement par la moindre traction. Dans les cas anciens on peut encore tirer un parti utile de la constatation de plaques dénudées de cheveux avec altération spéciale et comme cicatricielle du cuir chevelu, indiquant l'existence antérieure de points atteints de favus et sur lesquels la guérison a eu lieu. Enfin, dans toutes les circonstances, le diagnostic se trouve éclairé par l'inspection microscopique qui permet de distinguer dans les croûtes et dans les cheveux altérés la présence de l'*Achorion Schœnleinii*, bien reconnaissable aux caractères que j'ai donnés plus haut. Dans les cas difficiles, dans les teignes faveuses anciennes présentant l'aspect du favus squarreux, cet examen microscopique est d'une ressource très précieuse pour le médecin, et c'est quelquefois avec son secours seul que le diagnostic peut être établi d'une manière positive.

Les maladies avec lesquelles on peut surtout confondre

le favus appartiennent à deux catégories : dans la première je placerai les affections non parasitaires, dartreuses ou autres, dans la seconde, les affections dues à la présence d'un parasite végétal. Dans la première classe se trouvent l'eczéma et principalement la variété d'eczéma désignée sous le nom d'impétigo, le psoriasis et le lupus ; dans la seconde se rangent l'herpès tonsurant et la pelade. Je vais indiquer succinctement les traits distinctifs qui séparent le favus de ces diverses affections.

L'eczéma du cuir chevelu diffère tellement du favus qu'il est très facile de distinguer ces deux affections ; la diffusion de la maladie eczémateuse, son extension prompte aux parties voisines, le suintement séreux, puis les squames lamelleuses qui la caractérisent, sont autant de signes qui établissent entre ces deux affections une distinction facile. Le diagnostic est plus difficile dans certaines formes d'impétigo caractérisées par des croûtes épaisses qui deviennent sèches avec le temps ; la couleur jaune foncé ou brune des croûtes, le suintement séropurulent qui survient après leur avulsion, une humidité habituelle sur les surfaces auriculaires, la diffusion de la maladie, son étendue plus considérable, l'absence d'altération spéciale des cheveux qui sont collés les uns aux autres, mais qui ne présentent pas l'aspect pâle et lanugineux des poils teigneux, l'alopécie, qui est diffuse au lieu d'être circonscrite en plaques bien délimitées, sont autant de signes auxquels on devra se fier pour reconnaître l'impétigo, en dehors même de l'inspection microscopique, laquelle donnerait des résultats diagnostiques certains.

Le favus épidermique, qui siège sur les parties du corps autres que le cuir chevelu, se présente à l'observation avec des caractères ordinairement si tranchés qu'il est facile de le reconnaître : la disposition des croûtes, leur coloration jaune, pourraient cependant le faire

prendre au premier abord pour un impétigo; mais un examen plus approfondi devra permettre de reconnaître l'existence du favus à la sécheresse plus grande des croûtes, à leur coloration jaune plus claire, à leur disposition en cupule et à l'absence de tout suintement au-dessous d'elles.

Le problème diagnostique est plus difficile pour le favus des ongles, et la ressemblance qui existe entre cette affection et l'eczéma étendu à l'extrémité des doigts explique aisément comment l'affection favique des ongles a été si longtemps méconnue. Dans les deux affections, en effet, les ongles sont altérés, et il existe à la face interne de l'ongle un épaississement formé par une substance intermédiaire entre l'ongle et la surface épidermique du doigt sur lequel il repose et auquel il adhère. Mais, dans l'eczéma, les ongles sont ternes, inégaux, épaissis et recouverts souvent de saillies et de lignes horizontales gravées sur la surface extérieure; dans le favus, au contraire, les ongles sont amincis, les stries longitudinales deviennent plus apparentes, quelques tubérosités peuvent bien se manifester; mais, dans d'autres points, l'amincissement de plus en plus marqué, peut aller jusqu'à la perforation de l'ongle. Dans la matière sale, brunâtre, située entre l'ongle et le doigt, on peut découvrir par l'examen microscopique l'existence de l'*Achorion Schœnleinii*.

Le pityriasis du cuir chevelu ne peut pas être confondu avec le favus; l'étendue de la maladie, la diffusion de l'alopécie qui l'accompagne quelquefois, la finesse des squames, leur caractère franchement épidermique, sont autant de signes qui se rapportent exclusivement au pityriasis et qui ne se retrouvent pas dans le favus. Mais, dans certaines circonstances, on peut éprouver quelque difficulté à distinguer le psoriasis du cuir chevelu du favus et surtout du favus squarreux, dans lequel les croûtes

sont grises et comme plâtreuses. Dans ces deux maladies, les plaques saillantes au-dessus du cuir chevelu sont sèches et circonscrites, et leur couleur est peu différente. Mais on devra se rappeler que, dans le favus, les croûtes sont moins adhérentes, que la portion superficielle s'en détache facilement et qu'elle forme des grains adhérents aux cheveux ; on se souviendra surtout que les cheveux sont altérés et qu'il existe souvent des plaques de calvitie complète sur lesquelles le cuir chevelu se présente avec l'aspect parcheminé que j'ai déjà signalé. Tandis que dans le psoriasis les plaques blanches sont formées par des squames et non par des croûtes, que ces squames, très adhérentes, s'enlèvent par le grattage dans leur partie superficielle, sous forme de poussière et non de grains, que la squame ainsi grattée devient luisante et d'un blanc nacré, que les cheveux ne sont pas altérés et ne tombent pas.

On devra savoir surtout que le psoriasis, borné exclusivement au cuir chevelu, est rare, et que le plus ordinairement, lorsque cette maladie existe à la tête, on doit en découvrir des plaques d'un caractère incontestable sur quelques parties du corps et particulièrement dans les régions des coudes et des genoux. Dans un cas que j'ai eu occasion de rencontrer récemment, ces caractères distinctifs étaient si peu précis cependant, que j'ai dû recourir à l'examen microscopique, lequel, en ne me faisant découvrir aucune trace de parasite, m'a permis d'affirmer l'existence d'un psoriasis.

Le lupus érythémateux se développe quelquefois sur le cuir chevelu sous forme de plaques squameuses amenant une alopécie circonscrite et plus tard une cicatrice. Ces caractères pourraient faire confondre cette maladie avec le favus ; mais l'absence de croûtes, le peu d'épaisseur des squames, leur adhérence, leur caractère lamelleux, la dépression plus marquée de la cicatrice, sont des

signes qui devront servir à faire reconnaître la scrofulide érythémateuse.

S'agit-il maintenant de distinguer le favus des autres affections parasitaires du cuir chevelu, le diagnostic est ordinairement facile pour les médecins habitués à voir des maladies de la peau. Dans ces diverses affections, quel que soit le parasite, les éruptions sont sèches, plus ou moins étendues, mais circonscrites au moins au début; les cheveux sont altérés et leur chute a lieu ; mais, à ces caractères communs, si on oppose les signes diagnostiques différentiels, on se rappellera que, dans l'herpès tonsurant (*ringworm* des Anglais) qu'on pourrait confondre quelquefois avec le favus scutiforme, la partie malade est quelquefois d'une couleur bleuâtre, qu'elle est recouverte d'écailles épidermiques grises, qu'elle peut même présenter une surface croûteuse, mais grise et sans godets; les cheveux qui ne sont pas tombés sont cassés à un demi-centimètre de leur hauteur, de manière à figurer une tonsure, surtout au début de la maladie; la plupart des poils sont engainés par une enveloppe épidermique blanchâtre et floconneuse. La pelade (*porrigo decalvans* de Willan), caractérisée par une alopécie partielle, par l'existence de plaques complètement glabres ou recouvertes de cheveux rares, grêles et cotonneux, sans squames, sans croûtes, sans autres altérations du cuir chevelu qu'une décoloration et un peu d'œdématie, est une affection qui diffère trop du favus pour qu'il soit besoin d'insister davantage sur ce diagnostic.

Dans les cas douteux, lorsque l'affection est ancienne, lorsque les caractères appartenant à chaque espèce parasitaire ont été altérés par le temps ou par les moyens de traitement, l'examen microscopique pourra encore donner des résultats utiles pour le diagnostic : dans le favus, le champignon se trouve principalement et en grande quantité dans les croûtes ou dans les poussières

qui en proviennent, aussi bien que dans la racine et dans la tige des cheveux; il est caractérisé par des tubes minces, ramifiés (mycélium), par quelques tubes plus gros, contenant des spores (tubes sporifères), et surtout par un grand nombre de spores arrondies, mais peu régulières, tantôt isolées, tantôt réunies en forme de chapelet. Dans l'herpès tonsurant, on doit surtout chercher le champignon (*Trichophyton*) dans l'épaisseur du cheveu et dans la gaine épidermique qui l'enveloppe à sa base; on trouve peu de tubes, mais des spores sphériques, plus petites et plus régulières que celles de l'achorion du favus. Enfin, dans la pelade, la recherche du champignon sur les cheveux altérés qui présentent quelques flocons blancs à leur surface est ordinairement infructueuse, et, dans les cas rares où on distingue quelque chose, le champignon (*Microsporon Audouini*) se montre sous la forme de spores très petites, très régulières et peu nombreuses.

Pronostic. — La teigne faveuse n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne menace pas les jours de ceux qui en sont atteints; ce n'est que bien exceptionnellement, et lorsqu'elle est étendue non seulement à tout le cuir chevelu, mais encore à une partie assez considérable de l'enveloppe cutanée, qu'elle s'accompagne quelquefois d'une faiblesse générale et d'une altération marquée de la santé qui peuvent devenir graves en suscitant pour l'économie un état d'imminence morbide à la moindre cause et surtout un défaut de résistance à une maladie même légère. Mais, à défaut de gravité réelle, le favus constitue, par l'aspect répugnant des teigneux, par l'odeur qu'ils exhalent, par la crainte de la contagion qu'ils font naître et par la ténacité de la maladie, une affection excessivement pénible quifait de ces malades des espèces de parias redoutés et repoussés par tous les gens qui les approchent. La longue durée de la maladie, sa réapparition facile et fatale, tant que toutes les parties consti-

tuantes du végétal parasite n'ont pas été détruites, sont également des circonstances qui rendent cette maladie redoutable, surtout pour les enfants et pour les individus lymphatiques et scrofuleux, chez lesquels la maladie se développe plus facilement et tend à se propager et à se perpétuer. Toutefois, je dois ajouter que la connaissance des moyens de traitement efficace qu'on possède aujourd'hui, en rendant la guérison du favus possible et même presque toujours facile avec du temps et des soins convenables, est venue diminuer de beaucoup la gravité du pronostic de cette maladie, que les médecins qui nous ont précédés désespéraient de guérir et dont ils abandonnaient le traitement à des empiriques et à des charlatans.

Étiologie. — Le favus est une maladie qui ne se développe jamais spontanément ; une seule cause peut la déterminer, c'est la contagion, agissant par le contact ou le transport de matières faviques d'un individu malade à un individu sain. La contagion peut avoir lieu suivant quatre modes différents : 1° d'abord par le contact immédiat, ainsi que cela arrive en couchant dans le même lit qu'un teigneux, en ayant des rapports fréquents de cohabitation avec lui, comme le font les enfants en jouant ensemble, les parents et les enfants en s'approchant et en vivant intimement. Chez un malade déjà atteint de favus, le grattage de la partie malade et l'introduction de la poussière favique sous les ongles expliquent le favus unguéal ; de même le favus épidermique survient le plus habituellement après le favus céphalique et par le contact d'une croûte favique sur l'endroit du corps atteint consécutivement. 2° L'inoculation constitue un mode de contagion plus directe encore ; elle peut être accidentelle, comme cela arrive par le grattage et le dépôt dans l'épaisseur de l'épiderme d'une parcelle de croûte favique ; mais le plus ordinairement elle est le résultat d'une expérimentation entreprise dans le but de mettre hors de

doute la faculté contagieuse des croûtes faviques. Ces faits d'inoculation sont maintenant assez nombreux ; ils sont dus à Bennett, Hebra, Vogel, Kobner, Bazin et Deffis. Sur trois tentatives d'inoculation, Deffis réussit deux fois à produire des croûtes faviques incontestables. Kobner s'inocula lui-même sur l'avant-bras et obtint des croûtes jaunes en godet, qu'il montra à la Société médicale de Breslau. 3° Un troisième mode de contagion, peut-être plus commun encore que le contact direct, est celui qui a lieu d'une manière médiate, au moyen de vêtements et surtout de bonnets ou de chapeaux ayant servi à des teigneux et portés ensuite par des individus sains qui contractent ainsi la maladie ; à côté des bonnets, on doit placer aussi les peignes, les brosses et les objets de toilette ; c'est de ces diverses manières que la contagion s'exerce fréquemment dans les asiles, dans les écoles, dans les hôpitaux, où des enfants malades et sains sont réunis dans une habitation commune et où les enfants s'empruntent souvent momentanément leurs coiffures ou divers objets qui peuvent servir d'agents de contagion. 4° Enfin on doit admettre l'air lui-même parmi les moyens de contagion. Il est indubitable que la poussière des croûtes faviques suspendue dans l'atmosphère peut aller se porter sur un point quelconque du corps d'un individu sain et particulièrement sur le cuir chevelu, et y déterminer par sa seule présence une teigne faveuse. Cette propriété contagieuse de l'air et la présence réelle de poussières faviques suspendues au milieu de l'atmosphère ont été rendues incontestables par une expérience très curieuse et très ingénieuse de Bazin. Ayant choisi un malade, âgé de seize ans, atteint d'un favus étendu à tout le cuir chevelu, il le plaça de manière qu'un violent courant d'air passât au-dessus de sa tête et allât se diriger sur un bassin rempli d'eau glacée et placé à une distance de 50 centimètres. En invitant le malade à frotter sa tête

et ses cheveux avec ses doigts, on distinguait manifestement dans le courant d'air une poussière visible à l'œil nu et dans laquelle le microscope permettait de reconnaître des spores d'achorion ; dans l'eau du bassin, à la surface de laquelle aboutissait le courant d'air, on trouva également un grand nombre de spores isolées. Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises, et chaque fois on trouva dans une goutte d'eau au moins une trentaine de spores. La présence dans l'atmosphère des spores végétales parasitaires est donc un fait démontré scientifiquement, et il vient expliquer facilement un assez grand nombre de faits regardés auparavant comme des preuves de la génération spontanée de la teigne.

La transmission du favus peut avoir lieu des animaux à l'homme ; cette maladie se rencontre en effet chez quelques espèces animales et en particulier chez les chats et les souris : dans une note annexée à ses *Leçons sur les affections cutanées parasitaires* (p. 126), Bazin rapporte qu'un jeune médecin américain, le docteur Draper, lui communiqua la relation d'une maladie observée à New-York sur plusieurs souris prises au piège et caractérisée par des croûtes jaunâtres, arrondies, déprimées au centre et représentant assez exactement les croûtes faviques. Ces souris furent données à manger à un chat, qui offrit, quelque temps après, une croûte semblable au-dessus de l'œil. Plus tard, deux jeunes enfants de la maison qui jouaient avec le chat furent affectés, successivement et à quinze jours d'intervalle, de croûtes jaunes, circulaires, se montrant à l'épaule, à la face et à la cuisse. Le médecin appelé crut reconnaître l'existence d'un porrigo favosa. Quelques-unes des croûtes recueillies par le docteur Draper sur la tête d'une des souris ayant été envoyées à Paris, Bazin y reconnut au microscope l'achorion avec ses caractères les plus tranchés.

Le docteur Anderson cite plusieurs exemples de favus

obsevé chez les animaux et de la transmission de cette maladie à l'homme ; ils m'ont paru assez intéressants pour être rapportés ici. Le premier fait est celui d'un client du docteur Buchanan, habitant Glascow, et qui lui montra son chien atteint sur une des pattes de devant d'une croûte semblable à celle d'un favus, opinion qui fut corroborée par l'examen microscopique. Ce chien avait l'habitude de tuer des souris qui existaient en bon nombre dans la maison. Plusieurs d'entre elles furent prises, elles étaient atteintes de la même maladie, et dans les croûtes, les docteurs Buchanan et Anderson constatèrent au microscope la présence de l'achorion de Schœnlein.

Cette maladie chez les souris a une tendance particulière à se porter sur les oreilles et de là à s'étendre à la tête, à la poitrine et ailleurs. Elle paraît plus grave chez les souris que dans l'espèce humaine ; elle ne se borne pas en effet à faire tomber les poils, mais elle peut amener l'affaiblissement et même la mort.

Anderson raconte encore avoir vu au dispensaire pour les maladies de la peau, à Glascow, en février 1854, une pauvre femme et un de ses enfants, tous deux affectés de favus sur les parties non pileuses du corps ; le mari de cette femme et deux autres de ses enfants étaient atteints de la même maladie. Il y avait eu beaucoup de souris dans leur maison et on leur avait donné un chat pour les détruire. Les souris ne purent être examinées, mais le chat présentait sur les pattes de devant de nombreux godets de favus. Dans le même mois de la même année, Anderson fut également appelé en consultation dans une maison où, trois mois auparavant, on avait pris un assez grand nombre de souris qui avaient été touchées par les enfants. Cinq semaines plus tard apparaissait une éruption sur une des petites filles ; cette affection cutanée s'était développée ensuite sur une des sœurs, sur la mère,

sur un enfant à la mamelle et sur une jeune fille qui travaillait dans la maison. L'éruption était constituée par des plaques de favus disséminé très évidentes, distribuées sur diverses parties du corps non pileuses et ayant l'apparence de la variété désignée sous le nom de favus épidermique; dans les croûtes, le microscope permettait de reconnaître l'achorion. Au moment de la visite du docteur Anderson dans cette famille, il n'y avait pas de souris prise au piège, mais quelques jours après on lui en envoya cinq, dont l'une présentait un godet favique sur le dos près de la queue, tandis qu'une autre avait les parties latérales de la tête et les oreilles ulcérées par la maladie. Les croûtes examinées au microscope contenaient un grand nombre de spores.

Les chats et les souris ne sont pas les seuls animaux sur lesquels on ait constaté la présence du favus : Müller l'a observé sur un coq cochinchinois et sur plusieurs poulets de la même basse-cour; Gerlach dit avoir noté la transmission de cette maladie du coq à l'homme, et Kobner réussit à produire du favus chez des cochons d'Inde en leur inoculant des croûtes faviques prises sur un sujet humain.

Malgré sa faculté contagieuse, le favus ne se communique pas nécessairement à tous ceux qui sont en contact avec des teigneux ou sur lesquels se répandent des poussières faviques ; pour contracter cette maladie, il faut encore une certaine prédisposition qui n'existe pas heureusement pour tout le monde. Il est des individus réfractaires même à l'inoculation et ils se rencontrent principalement parmi les personnes adultes, d'une bonne constitution, jouissant d'une bonne santé et se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques. Les circonstances opposées constituent au contraire une prédisposition qui rend apte à contracter le favus, pourvu qu'on y soit exposé directement ou indirectement. Parmi ces causes

prédisposantes, on doit signaler principalement le jeune âge, le tempérament lymphatique, la scrofule même et les mauvaises conditions hygiéniques. Sans être exclusif à l'enfance, le favus se développe fréquemment chez les enfants; et chez beaucoup d'adultes qui sont atteints de cette maladie, le début remonte à l'enfance ou à l'adolescence. La presque totalité des teigneux présente les caractères du tempérament lymphatique, beaucoup même sont scrofuleux et on voit les croûtes faviques associées à divers phénomènes morbides appartenant à la scrofule. Le favus est presque inconnu dans la classe riche de la société, chez les gens habitués aux soins ordinaires de propreté ; on le rencontre au contraire chez les gens pauvres, mal nourris, mal vêtus, mal logés ; c'est une des maladies de la misère. Quoique je ne puisse pas appuyer la proposition suivante sur des relevés statistiques, il m'a semblé cependant que la teigne faveuse était plus commune dans les campagnes que dans les villes; et parmi les campagnards teigneux ceux qui couchent dans les étables et dans les écuries m'ont paru assez nombreux pour que j'aie cru devoir penser que le champignon de la teigne pouvait trouver, comme d'autres cryptogames, dans l'atmosphère chaude des écuries et des étables, une condition favorable à son développement.

Toutes les circonstances que je viens d'indiquer constituent seulement des causes prédisposantes, lesquelles à elles seules ne suffisent jamais pour produire le favus; mais, si quelques croûtes ou quelques spores faviques viennent à se déposer sur des individus présentant ces conditions, elles rencontreront là un terrain favorable à leur développement, et la maladie se déclarera et se propagera. En dehors de ces conditions indiquées, d'âge, de tempérament, d'état social, l'achorion déposé sur un sujet par accident ou même par inoculation, ne se développera pas, ou constituera une maladie très limitée qui ne tar-

dera pas à disparaître ou spontanément ou sous l'influence du traitement le plus simple.

Nature du favus. — Les détails dans lesquels je suis entré relativement à l'existence et aux caractères de l'*Achorion Schœnleinii* me dispensent d'insister sur la nature du favus : il est évident que cette maladie est une affection parasitaire due à la présence et au développement de ce cryptogame. Cette proposition ne fait plus doute aujourd'hui en dermatologie et les médecins qui, comme Érasmus Wilson (1), n'admettent pas l'existence d'un parasite dans les croûtes faviques ou ceux qui regardent, avec Cazenave, les productions parasitaires comme une conséquence ou comme un accessoire de la maladie, comptent tous les jours moins de partisans. Mais il est une autre question débattue principalement en Angleterre et que je dois soulever ici, c'est celle de la légitimité du genre *Achorion* et de la disparité des divers parasites végétaux observés sur la peau de l'homme. Déjà, en 1857, le docteur Lowe avait cherché à démontrer l'identité de genre de l'*Achorion* et des autres parasites végétaux qu'on remarque dans le sycosis, dans l'herpès tonsurant, dans le pityriasis versicolore et dans le porrigo declavans ; il avait même conclu à l'identité parfaite entre ces parasites et l'*Aspergillus glaucus* (2). En 1859, Hogg exprima la même opinion (3) ; mais cette manière de voir a surtout été professée par Tilbury Fox (4) et par Hebra. Fox, frappé du peu de différence des spores et des

(1) Erasmus Wilson, *On Diseases of the Skin.*

(2) J. Lowe, *Transactions of the botanical Society of Edinburgh*, vol V. — *On the true nature of parasitic Diseases* (*The Lancet*, 13 août 1859, p. 158).

(3) Jobez Hogg, *Furtuer observations on the vegetables parasites* (*Quarterly Journal of microscopical science*, January 1866).

(4) Tilbury Fox, *The true Nature and meaning of parasitic Diseases of the surface* (*The Lancet*, 2 and 9 July 1859, p. 5, 31 ; 10 September 1859, p. 260). — *Skin Diseases of parasitic origin, their Nature and Treatment.* London, 1863, in-8°, 210 pages.

tubes dans chaque maladie, lesquels ne diffèrent guère que par le nombre ou le volume, en conclut à l'identité de tous les cryptogames des maladies parasitaires de la peau et cherche à démontrer que la différence d'aspect de chacune des espèces qu'on a voulu établir pour chaque maladie dépend seulement du degré de développement du végétal. Prenant pour exemple ce qui se passe pour les cysticerques et pour les tænias, qui ne sont en réalité que des transformations du même animal, il pense qu'il en est de même des parasites végétaux et que l'*Achorion* étant le cryptogame parvenu à son entier développement, le *Microsporon Audouini* représenterait ce végétal à l'état primitif, à l'état fœtal pour ainsi dire, tandis que les âges intermédiaires se retrouveraient dans l'herpès tonsurant, appelé *ringworm* par les médecins anglais et dans le pityriasis versicolore.

Pour soutenir cette opinion que je viens d'exposer, Fox a encore cherché à faire remarquer que l'apparence diverse des maladies parasitaires pouvait s'expliquer par le siège précis du champignon atteignant le fond du follicule dans le favus et n'occupant que la superficie de la peau dans la pelade et dans le pityriasis versicolore, tandis que dans le sycosis les tumeurs cutanées sont expliquées par le dépôt de matière sébacée dans le follicule et par l'inflammation extra-folliculaire. A ces arguments, Fox ajoute encore l'observation de quelques faits cliniques dans lesquels le diagnostic est véritablement très difficile à établir entre le favus et le *ringworm*. Il invoque surtout à l'appui de sa doctrine des exemples de transmission de favus par le contact avec des malades atteints d'herpès ou de toute autre affection parasitaire, et quelques faits de favus s'étant transformé sur le même malade en herpès tonsurant.

Si ces derniers faits étaient incontestables, ils apporteraient un grand appui à la doctrine adoptée par Fox et

par Hebra, mais précisément la difficulté du diagnostic, dans certains cas, peut expliquer une erreur; d'autre part, Anderson, qui combat avec force et talent l'opinion de Fox, affirme n'avoir jamais vu ces transmissions, et ces transformations d'une maladie parasitaire dans une autre affection (1). Bazin soutient également l'indépendance de chaque espèce; et, quant à moi, je n'ai jamais vu le favus communiquer l'herpès tonsurant à une autre personne, et je ne puis expliquer les faits cités par Hebra et par Fox que par des erreurs de diagnostic ou par la coïncidence possible et réelle de deux affections parasitaires dont l'une seulement serait transmise à une autre personne; on pourrait ainsi voir un malade atteint de plaques d'herpès tonsurant cachées par des croûtes faviques beaucoup plus apparentes, communiquer à un autre par le contact ou même par l'inoculation une affection qui présenterait réellement les caractères de l'herpès parasitaire. Mais ces faits sont bien rares, et si dans la pratique on voit souvent le sycosis, l'herpès circiné et l'herpès tonsurant coïncider soit sur le même individu, soit sur les membres d'une même famille, et se transportant indifféremment par la contagion, on peut dire que la même chose ne s'observe pas pour le favus et pour les autres maladies parasitaires et que le favus reste toujours favus, comme la pelade reste toujours pelade.

Ainsi que je l'ai déjà dit, je ne puis donc admettre l'identité des divers végétaux qui produisent par leur présence les affections parasitaires de la peau, et je pense qu'on doit les considérer comme des espèces distinctes, lesquelles diffèrent d'ailleurs les unes des autres par des caractères qui permettent de les reconnaître au microscope et d'établir le diagnostic des maladies parasitaires

(1) Call Anderson, *On the parasitic Affections of the Skin*. London, 1861; new edition 1868, in-8°.

entre elles en dehors même des altérations de la peau si différentes dans chacune de ces affections.

Traitement. — Pendant de longues années, et il y a peu de temps encore, le traitement du favus était abandonné à l'empirisme le plus grossier; des religieuses, des charlatans de toutes sortes gardaient le privilège de traiter la teigne; à l'aide de pommades, de procédés particuliers, qui aboutissaient presque toujours à l'épilation des cheveux malades, on arrivait quelquefois à des succès fondés souvent sur des erreurs de diagnostic, les diverses éruptions non parasitaires du cuir chevelu étant confondues avec les vraies teignes par des ignorants, incapables de saisir les différences de nature des maladies, et désignant sous le nom de teignes toutes les affections de la partie pileuse de la tête.

Je ne puis ni ne dois entrer dans le détail de tous les traitements secrets vantés contre le traitement de la teigne, lesquels n'ont plus d'ailleurs aujourd'hui aucune raison de subsister; j'indiquerai seulement comme un moyen qui a été souvent employé et qui est encore en usage dans quelques hôpitaux de province le *traitement par la calote*, consistant dans l'application sur les parties malades d'un emplâtre agglutinatif, qu'on enlève, après plusieurs heures ou plusieurs jours, de manière à pratiquer brusquement et d'un seul coup une avulsion violente de tous les poils et de la partie la plus superficielle de la peau. Cette épilation brutale qu'on avait cherché à adoucir dans les hôpitaux de Lyon en substituant à un morceau unique d'emplâtre des bandelettes détachées de sparadrap qu'on enlevait séparément, a compté des guérisons; mais la douleur inséparable de ce procédé thérapeutique doit le faire abandonner complètement, maintenant qu'on possède des moyens d'épilation beaucoup plus doux et plus faciles.

Depuis qu'on est fixé sur la nature parasitaire du favus,

depuis surtout que les travaux de Bazin ont démontré que le cryptogame pénètre la substance propre du cheveu, le traitement de la teigne faveuse repose sur des bases véritablement scientifiques. Il a pour but d'enlever les parties imprégnées de végétaux parasites et de détruire les parasites qu'on ne peut enlever. On arrive à ce but en arrachant les cheveux malades à l'aide d'une épilation successive, et en faisant périr, au moyen d'agents parasiticides, les substances cryptogamiques répandues à la surface épidermique et dans les follicules pileux. Voici, d'ailleurs, les détails du traitement institué par Bazin et adopté avec quelques variantes insignifiantes par tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis, traitement qui nous donne tous les jours des succès incontestables.

Ce traitement comprend trois temps, trois opérations successives :

1° On débarrasse d'abord la tête ou les parties malades des croûtes qui les recouvrent, avec des cataplasmes émollients et des lotions soit d'eau de guimauve, soit d'eau de savon, ou même à l'aide de bains, si le favus siège au tronc ou sur les membres. Quelques jours suffisent ordinairement pour que la partie malade soit nettoyée et pour qu'elle présente une coloration rouge avec quelques ulcérations superficielles, d'aspect assez semblable à celui qui succède à la chute des croûtes de l'eczéma ou de l'impétigo.

2° Lorsque les croûtes ont été enlevées, on passe à la seconde partie du traitement, la plus essentielle, qui consiste dans l'avulsion des cheveux situés sur toute la surface malade. On procède à cette avulsion par une épilation successive, qui est pratiquée au moyen de pinces à mors larges. Pour diminuer la douleur et pour éviter de briser les cheveux, on a soin de n'en saisir qu'un ou deux à la fois et d'exercer la traction dans le sens de l'implantation du cheveu. Lorsque la surface malade est un peu

étendue, on est obligé de pratiquer cette épilation en plusieurs séances, pour ne pas occasionner trop de douleur ou trop de fatigue aux malades ; mais avec un peu d'habitude, on arrive facilement à épiler tout le cuir chevelu en cinq ou six séances et même en moins de temps, lorsque le nombre des cheveux n'est pas très considérable. L'épilation est également nécessaire lorsque le favus siège au tronc ou aux membres ; les poils doivent être arrachés de la même manière.

Par cette épilation, on enlève déjà une grande quantité de parasites, tout ce qui était contenu dans les poils; mais il existe encore une certaine quantité de substance parasitaire dans les follicules pileux, et, pour la détruire, en même temps qu'on arrache les cheveux, on humecte les surfaces épilées avec une lotion parasiticide qu'on cherche à introduire jusque dans les follicules au moyen d'une brosse ou d'un morceau de linge ou de flanelle imbibés de cette liqueur. La préparation liquide proposée par Bazin et aujourd'hui généralement adoptée n'est autre qu'une solution aqueuse de sublimé au 500e, soit, par exemple : eau distillée, 125 grammes; sublimé, 25 centigrammes. Il est nécessaire de faire ces lotions immédiatement après l'épilation pour que le liquide puisse pénétrer plus facilement dans l'intérieur des follicules encore béants, et il est bon de les répéter matin et soir pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'épilation. Chez certains malades, ces lotions donnent lieu à une éruption de pustules plus ou moins nombreuses, mais de peu de durée, lesquelles s'effacent d'ailleurs très vite sous l'influence de quelques lotions adoucissantes ou de quelques cataplasmes émollients.

3° Enfin, les cheveux sont arrachés, la liqueur parasiticide a pénétré dans les follicules et dans les couches superficielles de l'épiderme ; mais on n'est pas certain que tous les parasites soient détruits, quelques végétaux

entiers, quelques spores survivent à la ruine générale et peuvent être le point de départ de nouvelles repullulations ; de là, la nécessité de continuer le traitement parasiticide, ce qu'on exécute alors en frictionnant matin et soir la partie malade avec une pommade contenant une substance susceptible de détruire le parasite, c'est-à-dire soit du soufre, soit une préparation mercurielle, soit une préparation cuivreuse ou même une préparation de goudron ou d'huile de cade. J'ai l'habitude d'employer une pommade contenant, pour 30 grammes d'axonge, 2 à 3 grammes de fleurs de soufre et 1 gramme de camphre. Bazin préfère une pommade composée de 30 grammes d'axonge et de 1 à 2 grammes de turbith minéral. On peut encore employer l'acétate de cuivre à la dose de 50 centigrammes pour 30 grammes d'excipient ; mais cette substance a souvent l'inconvénient de déterminer des éruptions artificielles, et il vaut mieux lui préférer le soufre ou les préparations mercurielles. L'acide phénique, le goudron, l'huile de cade, sont également employés ; mais leur effet est moins certain que celui des préparations sulfureuses ou mercurielles.

Lorsqu'un malade a été soumis au traitement que je viens d'indiquer, on voit la surface malade reprendre peu à peu un aspect normal ; et, au bout d'un mois ou de cinq semaines, les cheveux arrachés repoussent, car c'est une grossière erreur de croire que les poils avulsés ne repoussent pas. A ce moment alors la guérison paraît obtenue, mais on ne doit pas se fier à l'apparence ; le plus ordinairement une seule épilation ne suffit pas, il reste encore quelques cryptogames, et, si l'on abandonne le traitement local, on ne tarde pas à voir revenir la maladie avec ses croûtes caractéristiques ; il est bon de procéder à une seconde épilation avec lotions parasiticides suivies d'onctions de même nature. Puis, au bout de six semaines de cette seconde série thérapeutique, il faut

abandonner tout traitement et soumettre le malade à une observation attentive. S'il est guéri, les poils resteront sains, le cuir chevelu restera blanc et net, la surface qui a été malade ne sera le siège d'aucune exfoliation épidermique. Si, au contraire, il reste encore quelque parcelle cryptogamique, au bout de quelques jours après l'abandon du traitement, l'épiderme deviendra squameux, la peau rougira, et on verra pointer çà et là, au-dessus de l'ouverture extérieure des follicules pileux, plusieurs petites taches jaunes qui ne tarderont pas à s'agrandir et à présenter une dépression centrale en forme de cupule. Il y a alors nécessité d'une nouvelle épilation, ordinairement moins étendue et sur les parties malades seulement, opération qu'il sera nécessaire de renouveler jusqu'à complète guérison.

Lorsque le favus siège sur le tronc ou sur les membres, j'ai déjà dit que le traitement était le même ; on peut seulement alors substituer aux lotions et ajouter aux pommades quelques bains de sublimé. Le favus est d'ailleurs ordinairement plus facile à guérir lorsqu'il ne siège pas au cuir chevelu, ce qui peut s'expliquer par le nombre moins considérable et le plus petit volume des follicules pileux.

Lorsque le favus siège aux ongles, la substance cryptogamique étant développée entre l'ongle et l'épiderme, pour faire parvenir les agents parasiticides jusqu'au point où elle existe, on doit user l'ongle avec du verre ou avec une lime, puis se servir de la solution et des pommades déjà indiquées. Comme pour le cuir chevelu, on est quelquefois obligé de revenir une ou deux fois à ce procédé de traitement avant d'obtenir une guérison définitive.

A l'aide du traitement que je viens d'exposer en détail, on arrive à guérir le favus d'une manière radicale ; plusieurs milliers de guérisons ont été ainsi obtenus.

Mais il ne faut pas oublier que les parasites végétaux trouvent des conditions favorables de développement dans une constitution faible et détériorée, et que, pour assurer la guérison du favus, il est nécessaire, en même temps qu'on attaque le cryptogame par des moyens directs, de chercher à modifier la constitution par un traitement reconstituant médical et hygiénique. Aussi, chez les personnes atteintes de favus, principalement chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux, on se trouvera bien de l'administration des amers, houblon, gentiane ou quinquina, des antiscorbutiques, de l'huile de foie de morue et de l'emploi des moyens hygiéniques relatifs à l'alimentation, à l'habitation et aux exercices du corps.

2° Trichophytie.

Sous ce nom de *trichophytie*, on doit comprendre les affections cutanées produites par la présence dans les couches superficielles de l'épiderme ou dans les glandes cutanées d'un parasite végétal décrit sous le nom de *Trichophyton*. Suivant le siège occupé par ce cryptogame, la maladie présente des aspects assez différents pour qu'on ait admis pendant longtemps ces éruptions comme constituant des espèces nosologiques distinctes et pour qu'on les ait désignées sous des noms particuliers. Des recherches microscopiques attestant l'existence du même parasite, des observations attentives relatives à l'évolution et à la transformation de ces maladies ont permis à Bazin et à moi de constater leur identité, et aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître qu'elles sont dues à la présence du même parasite et que leur différence d'aspect et de marche n'est qu'une question de siège. Le mot trichophytie que j'ai proposé dans mes leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis est généralement accepté maintenant.

Je décrirai successivement : 1° la *trichophytie circinée ;* 2° la *trichophytie tonsurante ;* 3° la *trichophytie sycho-sique.*

La connaissance de la nature parasitaire de la trichophytie circinée et la trichophytie tonsurante est un fait tout moderne ; mais ces maladies étaient connues depuis longtemps, surtout en Angleterre, où elles étaient désignées sous le nom de *ringworm* (ver en anneau), dénomination qui est encore aujourd'hui employée communément dans ce pays pour désigner une affection contagieuse de la peau ou des poils, caractérisée par des cercles rouges ou squameux. Willan et Bateman dédaignèrent ce mot populaire de *ringworm* et décrivirent, sous le nom d'*herpes circinatus*, le ringworm du corps et sous celui de *porrigo scutulata* la même affection siégeant à la tête et dans la barbe, considérant l'herpès circiné comme une éruption vésiculeuse et plaçant le porrigo dans les affections pustuleuses. La propriété contagieuse de ces maladies n'avait d'ailleurs pas échappé aux auteurs anglais, qui l'avaient signalée comme un fait d'observation acquis depuis longtemps, et Bateman, en parlant de l'herpès circiné, a soin de le considérer comme une affection locale n'amenant aucun trouble dans la santé générale. Les médecins français qui adoptèrent les doctrines de Willan et de Bateman, Biett, Cazenave, Gibert, Devergie, acceptèrent également les dénominations d'herpès circiné et de porrigo, tandis qu'Alibert désignait ces maladies sous les noms d'olophlyctide miliaire et de porrigine tonsurante. Mais il faut croire que ces maladies étaient alors mal connues, car, en 1829, Mahon jeune décrivit, sous le nom de *teigne tondante*, une affection du cuir chevelu qui lui parut nouvelle et qui n'est véritablement que le *porrigo scutulata* de Willan, notre herpès tonsurant actuel ; et plus tard, en 1840, Cazenave, ayant eu occasion de rencontrer

cette maladie sur la tête de plusieurs élèves d'un collège de Paris, et ayant cru apercevoir quelques vésicules au milieu des squames et des cheveux altérés, en donna la description comme s'il s'agissait d'une nouveauté, et proposa de désigner cette affection sous le nom d'*herpes tonsurans*, qui est resté depuis dans le langage médical.

Dans cette première époque de l'histoire des herpès parasitaires, on voit ainsi la maladie distinguée des autres éruptions et décrite dans ses caractères objectifs et cliniques ; les travaux ultérieurs eurent surtout pour but et pour résultat, d'éclairer la nature de ces affections et de démontrer leur caractère spécifique. En 1842 et 1844, Gruby lut, à l'Académie des sciences de Paris, deux mémoires dans lesquels, faisant connaître en France des recherches déjà entreprises en Allemagne, il indiqua l'existence de cryptogames dans la *mentagre* et dans l'*herpes tonsurans*, auquel il donna par erreur le nom de *porrigo decalvans ;* un peu plus tard, en Suède, en 1846, Malmsten, imprimant à ces recherches minutieuses une plus grande précision, décrivit scientifiquement le champignon de l'*herpes tonsurans*, indiqué par Gruby, et lui donna le nom de *Trichophyton*, qui lui est resté. Le premier pas était fait dans la connaissance de la nature des herpès parasitaires, et, à partir de ce moment, les travaux de Baerensprung, qui indiqua l'existence d'un champignon dans l'herpès circiné (1856), et surtout ceux de Bazin, datant de l'année 1854 et confirmés dans des mémoires successifs, établirent d'une manière définitive la présence du trichophyton de Malmsten dans l'herpès circiné, dans l'herpès tonsurant et dans le sycosis, et, par conséquent, firent admettre que ces trois affections sont de même nature, qu'elles sont causées par le même cryptogame et qu'elles ne doivent leur dissemblance apparente qu'à leur siège différent. Malgré l'opposition de quelques médecins élevés à une autre école,

ces dernières propositions sont aujourd'hui complètement adoptées, et c'est d'après cette doctrine que j'ai acceptée depuis longtemps et que j'ai contribué à propager dans mes cours cliniques, que je vais décrire successivement sous les noms de *trichophytie circinée* et *tonsurante*, l'herpès circiné et l'herpès tonsurant, en réservant pour un dernier chapitre les questions d'étiologie, de pathogénie et de thérapeutique communes à ces deux formes morbides ; et en terminant par l'histoire du sycosis ou trichophytie sycosique.

a. Trichophitie circinée.

(*Vesicular Ringworm; Ringworm of the body* des auteurs anglais ; *olophlyctide miliaire*, Alibert ; *Herpès circiné*, Willan.

Symptômes. — La trichophytie circinée commence ordinairement par une tache rouge, arrondie, de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes, laquelle présente, au bout d'un ou de deux jours, une légère desquamation épidermique, et devient promptement le siège d'un sentiment assez léger de cuisson et de démangeaison. Une fois développée, cette tache, très peu saillante au-dessus du niveau de la peau, augmente en étendue par une extension circulaire et centrifuge et peut acquérir ainsi, en quinze ou vingt jours, le diamètre de quatre ou cinq centimètres. Mais en même temps qu'a lieu cette extension, on voit, au centre de cette tache, la rougeur diminuer et la peau reprendre son aspect naturel, de sorte qu'au bout de deux ou trois semaines la maladie est constituée par un cercle rouge, squameux, plus ou moins saillant et dont le centre est sain. Tant que la maladie n'est pas arrêtée par un traitement convenable, cette marche centrifuge continue et le cercle s'agrandit incessamment, de manière à mesurer quelquefois jusqu'à vingt, vingt-cinq centimètres de diamètre et plus. En

augmentant d'étendue, ce cercle devient d'ailleurs moins régulier, il est quelquefois interrompu et, au bout d'un certain temps, on trouve ordinairement plutôt des segments de cercle qu'un anneau complet.

Dans la forme la plus simple de la trichophytie circinée, la tache initiale et la saillie circulaire qui en est la suite sont constituées par une éruption érythémato-squameuse plus ou moins élevée au-dessus de la peau et qui a été désignée, par quelques auteurs, sous les noms d'érythème marginé ou d'eczéma marginé ; mais souvent aussi, par le fait d'un travail inflammatoire plus intense, il se développe, sur la tache rouge, des vésicules ou des vésico-pustules de peu de durée, qui se rompent, en formant des croûtes peu épaisses et plus souvent encore des squames épidermiques. Ces vésicules et ces pustules ont la même configuration que la tache rouge et forment ainsi tantôt un disque, tantôt un cercle ; ces saillies éruptives ont d'ailleurs une courte durée ; elles se dessèchent au bout de deux ou trois jours et se convertissent en squames pendant que de nouvelles vésicules ou pustules se développent en dehors des anciennes, de manière à agrandir incessamment le cercle. Willan et ses élèves avaient pensé que ces vésicules étaient constantes dans l'herpès circiné et que les squames n'étaient que les débris de ces vésicules; ils ajoutaient qu'elles étaient quelquefois tellement ténues, qu'on ne pouvait pas toujours les distinguer. C'est à cause de ces vésicules apparentes ou supposées, que la maladie qui nous occupe avait été appelée herpès et qu'elle avait été placée dans la classe des affections vésiculeuses. Cette opinion ne peut plus être acceptée aujourd'hui, et on ne doit pas hésiter à reconnaître que les vésicules manquent souvent dans l'herpès et que les éruptions vésiculeuses ou pustuleuses qui se rencontrent quelquefois sont un simple accident traduisant un degré plus intense de l'inflamma-

tion cutanée. Ces éruptions accessoires se montrent d'ailleurs principalement au début de la maladie ; elles cessent ordinairement à mesure que le cercle s'agrandit, et on aperçoit rarement des vésicules ou des pustules dans ces anciens herpès caractérisés par des lignes circulaires, continues ou interrompues, mais s'étendant à de larges surfaces. Dans les lamelles épidermiques qui constituent les squames, il est quelquefois possible de reconnaître, au microscope, des spores parasitaires ; nous reviendrons plus tard sur ces détails.

Le plus ordinairement, ainsi que je l'ai dit, la maladie se présente sous la forme d'un cercle qui s'agrandit et dont le centre devient sain à mesure que l'éruption s'étend en circonférence ; mais quelquefois la partie centrale n'est pas complètement nette et l'on voit reparaître au milieu une plaque nouvelle ou un anneau plus petit, inscrit dans l'ancien. Il peut y avoir ainsi trois ou quatre cercles concentriques plus ou moins saillants, plus ou moins squameux ou vésiculeux, qui sont quelquefois de nuance différente et qui ressemblent à une cocarde multicolore. C'est là une forme d'éruption qui a été désignée par quelques auteurs sous le nom d'*herpes iris ;* mais il ne faut pas oublier que, le plus souvent, l'éruption qui se présente avec ces cercles concentriques de diverses nuances n'est qu'une forme de l'érythème polymorphe qui n'a aucun rapport de nature avec l'herpès (voy. Érythème).

Qu'il soit érythémateux, squameux, vésiculeux ou pustuleux, l'herpès circiné est ordinairement accompagné d'une sensation de chaleur, de picotement ou de démangeaison. Chez certains malades, ces symptômes sont peu prononcés ou même n'existent pas du tout ; chez d'autres, au contraire, ils sont assez accusés, surtout pendant la nuit. L'éruption de vésicules ou de pustules donne lieu ordinairement à des élancements ou à

des picotements, les démangeaisons appartiennent plutôt à la forme érythémateuse ou squameuse. Les phénomènes douloureux se manifestent surtout au début de l'éruption; lorsque la maladie est ancienne, souvent ces symptômes disparaissent complètement ou ne se développent que d'une manière légère et intermittente.

Dans la trichophytie circinée, les plaques ou les cercles sont rarement uniques; il en existe ordinairement plusieurs de dimension différente, soit dans la même région, soit dans des endroits plus ou moins éloignés. Cette éruption peut se développer sur toutes les régions du corps; elle est cependant plus commune sur les parties découvertes, à la face, à la nuque, au cou, aux avant-bras et aux mains, principalement sur la face dorsale des poignets ; Baerensprung a indiqué également la région des aines comme un siège assez commun de l'herpès, et cet auteur a décrit minutieusement l'herpès inguinal ; je ne nie pas l'existence de l'herpès circiné à la face interne et supérieure des cuisses, j'en ai même en ce moment un exemple sous les yeux; mais en parlant de l'herpès circiné inguinal, je crains qu'on n'ait confondu le véritable herpès, affection rare dans cette région, avec l'intertrigo inguinal qui s'y rencontre très fréquemment et qui se présente sous la même forme circinée, et aussi avec une autre maladie parasitaire décrite récemment sous le nom d'*érythrasma*.

Quel que soit son siège, l'herpès circiné coïncide souvent avec des plaques d'herpès tonsurant à la tête ou à la barbe, et avec les lésions diverses du sycosis parasitaire. Ce sont là, comme je l'ai déjà dit, des éruptions de même nature, causées par le même parasite, et dont les différences d'aspect dépendent seulement du siège de la maladie.

Marche. — En indiquant la tendance extensive de la trichophytie circinée, nous avons caractérisé la marche

de cette maladie, qui tend à s'étendre dans la région où elle s'est manifestée tout d'abord, puis à se propager plus ou moins loin de son siège primitif. En augmentant ainsi en étendue et en nombre, les cercles de l'herpès peuvent se prolonger pendant des mois et même des années. La guérison peut survenir spontanément après un temps variable ; le plus ordinairement, cependant, l'éruption ne disparaît qu'après un traitement convenable. Il arrive assez souvent que les cercles reparaissent après une guérison apparente datant de quelques semaines ou même de plusieurs mois. Ces alternatives ont été également observées dans quelques autres maladies dues à la présence d'un parasite végétal, et on peut les attribuer à la persistance de quelques spores et à des modifications successives dans la santé générale, modifications tantôt favorables, tantôt contraires au développement et à la propagation du parasite.

Diagnostic. — Le diagnosticde la trichophytie circinée est ordinairement facile : cette maladie se distingue suffisamment par sa forme arrondie ou circulaire, et surtout par son extension centrifuge rapide qui constitue un des meilleurs caractères distinctifs pour différencier la trichophytie des autres affections cutanées qui se présentent avec une forme circulaire, mais dont le cercle ne s'agrandit pas ou ne s'augmente que d'une manière lente et insensible. La coïncidence fréquente des autres formes de la trichophytie (herpès tonsurant et sycosis) sur la même personne ou sur des membres de la même famille et la découverte du parasite dans les débris épidermiques, sont encore des caractères importants dont on comprend toute la valeur.

Les maladies avec lesquelles il serait possible de confondre la maladie qui nous occupe, sont toutes celles qui ont une forme circulaire, et principalement l'érythème marginé, le psoriasis circiné, l'eczéma nummulaire, le

pityriasis circiné, le favus épidermique au début, certaines formes de syphilide et la scrofulide érythémateuse; mais le plus ordinairement le diagnostic différentiel est facile à établir.

C'est ainsi que dans l'érythème marginé, caractérisé par une plaque rouge dont le centre est affaissé, la coloration est plus vive, plus foncée, la saillie est plus élevée, l'éruption est surtout érythémateuse et non squameuse; il existe simultanément plusieurs taches qui gardent la même dimension sans s'étendre circulairement.

Le psoriasis se présente quelquefois sous la forme de plaques arrondies ou de cercles réguliers, surtout dans la variété décrite par Willan et Bateman sous le nom de lèpre vulgaire; mais la saillie de l'éruption est plus considérable que celle de l'herpès, et les squames sont plus adhérentes, plus imbriquées les unes sur les autres, plus blanches et bien plus épaisses. L'extension centrifuge est très peu marquée.

Dans l'eczéma nummulaire, on trouve des plaques arrondies qui augmentent souvent d'étendue assez rapidement; mais dans cette maladie, si les vésicules sont très petites, éphémères, si elles n'existent qu'au début, il y a une sécrétion plus abondante et des squames plus lamelleuses et plus larges; la circonférence de la plaque est toujours moins régulière que dans l'herpès, et, au lieu de présenter un anneau au bout de quelques jours, l'éruption garde toujours une forme nummulaire.

Le pityriasis circiné ou *pityriasis rubra* est plus facile à confondre avec l'herpès circiné; dans les deux maladies, en effet, il y a des plaques ou des cercles arrondis, d'une coloration rouge, sur lesquels se voient des squames blanches, fines et assez nombreuses. Mais on évitera facilement l'erreur en sachant que dans le pityriasis les plaques sont très nombreuses, très rapprochées, qu'elles couvrent ordinairement tout le tronc et la

partie supérieure des membres, et que les cercles une fois formés gardent leur dimension sans s'agrandir sensiblement.

Au début de son développement, le favus se montre quelquefois au cou, à la nuque ou dans d'autres régions non pileuses sous la forme de cercles squameux superficiels, ressemblant à ceux de la trichophytie circinée; mais il faut savoir que les cercles faviques sont plus uniformes, plus petits et d'une dimension plus fixe.

Le diagnostic est un peu plus difficile à établir avec certaines éruptions syphilitiques à forme circulaire, telles que la roséole annulaire, la syphilide squameuse circinée, la syphilide tuberculeuse en groupes et la syphilide vésiculeuse herpétiforme; mais dans la syphilis, l'éruption se présente sous la forme de segments de cercle, de croissants, de fers à cheval plutôt que sous celle d'anneaux complets ; la coloration est d'une nuance particulière ; il n'y a pas de démangeaisons ; l'extension centrifuge n'existe pas ; et le siège des éruptions est différent, les syphilides se développant plus particulièrement au tronc et à la partie supérieure des membres, l'herpès circiné se montrant plutôt sur les parties qui sont habituellement découvertes.

Au premier abord, on pourrait confondre l'herpès circiné avec la scrofulide érythémateuse, caractérisée par une tache rouge légèrement squameuse, arrondie, dont le centre se guérit pendant que la circonférence s'étend, circonstance qui avait fait donner, par Biett, à cette maladie le nom d'érythème centrifuge. Mais avec un peu d'attention, on voit bientôt que dans la scrofulide, la coloration est violacée, que la saillie est plus considérable que dans l'herpès, que les squames sont plus adhérentes et plus profondes, que l'extension centrifuge ne se fait que très lentement et qu'au centre de la plaque rouge, à l'endroit où la maladie a disparu, on distingue

une cicatrice caractéristique de la nature scrofuleuse des éruptions, cicatrice qui n'existe jamais dans l'herpès parasitaire.

Pronostic. — Je ne dirai qu'un mot du pronostic de l'herpès circiné; c'est une maladie peu grave, mais cependant assez rebelle et qui peut résister longtemps, surtout lorsque la maladie n'a pas été arrêtée au début par un traitement convenable. Lorsque les plaques se développent près des régions pileuses, dans le voisinage du cuir chevelu ou de la barbe, la crainte de voir la maladie attaquer les poils sous la forme d'herpès tonsurant ou de sycosis, maladies bien plus rebelles et bien plus difficiles à guérir, doit rendre le pronostic un peu plus grave. On doit savoir aussi que chez certaines personnes, principalement chez les individus débilités, l'herpès s'acclimate, se prolonge et récidive avec une facilité désespérante.

b. Trichophytie tonsurante.

(*Ringworm of the scalp*, en anglais; *Porrigo scutulata*, Willan et Bateman; *teigne tondante*, Mahon; *porrigine tonsurante*, Alibert; *herpès tonsurant*, Cazenave).

Symptômes. — Cette maladie, qui siège exclusivement sur les parties couvertes de poils, est principalement caractérisée par des plaques arrondies, squameuses, sur lesquelles les poils sont en partie tombés, en partie cassés à trois ou quatre millimètres de leur hauteur, de manière à figurer une espèce de tonsure; elle est due à la présence du trichophyton dans les cheveux, dans les poils, dans les follicules pileux et dans les lames de l'épiderme.

Cette forme de *trichophytie* débute ordinairement, sur une surface pileuse, par quelques points rouges érythémateux, ou bien par quelques vésicules ou pustules, ou bien encore par quelques squames; cette période initiale

s'accompagne de démangeaisons ou d'élancements. Bientôt ces éléments éruptifs, d'abord un peu disséminés, se groupent de manière à former une plaque nettement circonscrite et arrondie, légèrement saillante, sur laquelle se distinguent surtout des écailles épidermiques sèches, adhérentes, qui donnent à la partie malade un aspect rugueux avec une coloration grise, quelquefois un peu bleuâtre. Au milieu de ces écailles existent quelquefois des croûtes qui résultent soit de la dessiccation des vésicules ou des pustules, soit du sang et de la lymphe plastique qui viennent d'excoriations causées par le grattage. Les poils qui se trouvent sur ces plaques sont manifestement altérés : au début de la maladie, ils sont plus secs, plus ternes, et leur couleur moins foncée tranche avec celle des cheveux voisins; puis ils deviennent plus friables, ils se cassent à la moindre traction, ce qui rend l'épilation difficile; bientôt même ils se brisent spontanément à quatre ou six millimètres de leur implantation, et, lorsque cette brisure s'est étendue à toute la surface malade, il en résulte une apparence de tonsure caractéristique. En même temps que les cheveux perdent leur couleur et leur aspect lisse et qu'ils se brisent dans leur continuité, ils présentent encore des altérations toutes particulières qu'on peut voir à l'œil nu, mais qui sont surtout apparentes à la loupe et au microscope. Je décrirai minutieusement cet état des cheveux en parlant du champignon qui en est la cause, mais je dois indiquer déjà ici que le cheveu présente souvent des nodosités longitudinales, que ses fibres sont écartées, qu'il paraît gonflé, frisottant, comme grigné; je dois surtout ajouter que sur quelques-uns des poils cassés, près de leur implantation, on voit une gaine d'un blanc grisâtre, un peu floconneuse, qui les entoure complètement ou en partie seulement, et qu'on a comparée avec raison au givre qu'on voit en temps de gelée sur les petites branches des arbres. Cette

gaine, formée d'épiderme et de poussière champignonneuse, donne au poil une couleur blanche qui tranche avec la coloration des autres cheveux; au microscope, on y trouve une quantité considérable de spores que nous décrirons plus tard. Enfin, dans une période ultime de la maladie, les poils deviennent encore plus secs, ils s'amincissent, se décolorent davantage et tombent spontanément; à ce moment, la surface malade se dénude et devient le siège d'une calvitie qui peut être définitive. Quelquefois aussi, avant ou après la chute des poils, les follicules pileux, irrités par le champignon, s'enflamment et constituent dans l'épaisseur de la peau de petites tumeurs phlegmoneuses qui peuvent s'ouvrir et se recouvrir de croûtes; à côté de ces tumeurs, le derme peut même s'enflammer, et il en résulte des nodosités, des indurations, qui donnent aux parties malades un aspect inégal et mamelonné.

Les surfaces couvertes de squames, de croûtes, de poils brisés et engainés, ont des dimensions très variables; au début de la maladie, l'étendue est celle d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, plus tard, par le fait d'une extension excentrique, la partie malade peut occuper la plus grande partie de la région pileuse. Rarement il n'y a qu'une seule plaque; le plus ordinairement il en existe plusieurs qui s'étendent et qui peuvent se réunir; c'est ce qui arrive ordinairement dans le cas où il existe de larges surfaces altérées.

L'herpès tonsurant peut se développer sur toutes les parties du corps couvertes de poils, mais il est surtout commun au cuir chevelu; on le rencontre aussi à la barbe chez les hommes, et on en a constaté quelques exemples sur les parties pileuses qui avoisinent les organes génitaux dans les deux sexes. Il coïncide fréquemment avec l'herpès circiné et avec le sycosis; lorsque l'herpès tonsurant existe au cuir chevelu, la trichophytie circinée se montre

particulièrement à la nuque, derrière les oreilles, aux tempes ou aux parties latérales du cou; il n'est pas rare même de voir une plaque trichophytique développée en partie sur le cuir chevelu, en partie sur la peau voisine; la surface qui correspond à la tête présente alors l'aspect de l'herpès tonsurant, la surface située sur la peau offre les caractères objectifs de l'herpès circiné.

Lorsque la trichophytie tonsurante siège à la barbe, il est souvent possible de constater chez les mêmes malades des plaques ou des cercles d'herpès circiné aux joues ou au cou; on en voit aussi assez fréquemment à la face dorsale du poignet et surtout du côté droit. Cette coïncidence, assez importante pour le diagnostic, s'explique par l'habitude qu'ont les malades de se gratter le menton avec le dos de la main pour satisfaire la démangeaison qui les tourmente.

Pendant tout le cours de la maladie, il existe, en effet, des démangeaisons dont l'intensité est variable chez les différents sujets. Chez quelques-uns, le besoin de se gratter est vif, irrésistible; il s'y joint quelquefois de la chaleur, des élancements, des cuissons, qui sont souvent sous la dépendance d'éruptions accessoires eczémateuses ou furonculeuses. Chez d'autres malades, il n'y a aucun symptôme local, et la maladie est uniquement constituée par ses caractères objectifs; c'est principalement chez les sujets lymphatiques et scrofuleux qu'on observe cette absence de réaction locale.

Le plus ordinairement, l'herpès tonsurant est une maladie purement locale, qui n'entraîne aucun trouble dans la santé générale. Chez quelques personnes cependant, et principalement chez les enfants d'une faible constitution, la trichophytie tonsurante s'accompagne de faiblesse générale, de pâleur, d'un certain trouble des fonctions digestives et de symptômes d'anémie; ces phé-

nomènes sont bien sous la dépendance de la maladie cutanée, car ils ne disparaissent qu'avec elle.

Avant de quitter la symptomatologie de l'herpès tonsurant, j'ajouterai que cette maladie n'est pas toujours simple et qu'il arrive assez souvent de la voir s'associer avec l'eczéma, l'impétigo et certaines scrofulides. Il résulte de ces complications des lésions complexes qui augmentent beaucoup la difficulté du diagnostic.

Marche. — La marche de l'herpès tonsurant est assez rapide dans le début; en quelques semaines, quelquefois même en quelques jours, on voit la maladie se développer, gagner successivement d'étendue et occuper promptement des surfaces assez larges; d'autres fois la maladie reste circonscrite à deux ou trois places et parcourt ses périodes sans s'étendre beaucoup. Une fois développée, la maladie est toujours longue, il est bien rare qu'elle dure moins de six à huit mois, et elle se prolonge souvent pendant plusieurs années, surtout lorsque le traitement convenable n'a pas été appliqué promptement, ou lorsqu'il n'est pas suivi rigoureusement.

La maladie peut se terminer spontanément par la guérison : les poils tombent, le champignon meurt faute de nourriture suffisante, la peau reprend son aspect normal, et plus tard on voit repousser des poils d'abord grêles et décolorés, mais qui ne tardent pas à reprendre leur apparence naturelle. Les mêmes phénomènes peuvent se présenter à la suite du traitement : les cheveux repoussent peu à peu pour remplacer ceux qui sont tombés spontanément ou qui ont été arrachés, et la guérison arrive peu à peu; mais cette guérison n'est pas toujours très complète, et il arrive souvent de voir des récidives survenir au moment où l'on croyait à la terminaison heureuse de la maladie; ces récidives s'expliquent par l'existence de quelques spores qui ont échappé à la destruction et qui germent de nouveau dès que le traitement

parasiticide a été cessé. Dans des cas moins heureux, surtout lorsque la maladie, non combattue par un traitement méthodique, s'est prolongée pendant plusieurs mois, elle peut se terminer par une alopécie irrémédiable; les follicules pileux sont détruits, les poils manquent et le cuir chevelu reste lisse et aminci, comme à la suite du favus. D'autres fois, l'alopécie n'est pas complète, mais à la place occupée par la maladie on ne voit plus que quelques poils rares, grêles, décolorés et quelquefois même tout à fait blancs.

Diagnostic. — Relativement au diagnostic, on devra se rappeler que l'herpès tonsurant se présente sur les régions pileuses et principalement au cuir chevelu sous la forme de plaques uniques ou multiples, arrondies, nettement circonscrites, figurant des tonsures et sur lesquelles se trouvent des squames grisâtres, quelquefois des croûtes ou des ulcérations et surtout des cheveux secs, décolorés, noueux, cassés et souvent recouverts d'une gaine amiantacée qui leur donne une couleur blanche. Sur ces cheveux, dans les squames qui recouvrent la peau, l'examen microscopique permet de reconnaître des spores de trichophyton.

Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'herpès tonsurant sont d'abord les affections dartreuses, l'eczéma, le pityriasis et le psoriasis, puis les autres affections parasitaires, le favus et la pelade. D'une manière générale, l'herpès se distingue de l'eczéma, de l'impétigo et du pityriasis par la limite précise des plaques qui sont bien circonscrites et par l'altération spéciale des cheveux; tandis que dans les affections dartreuses, la maladie est diffuse, répandue çà et là, sans qu'on puisse nettement distinguer le point précis où cesse la partie malade et où commence la partie saine; de plus, les cheveux peuvent tomber, mais l'alopécie est également diffuse, étendue partout; il n'y a pas de tonsure et les che-

veux ne présentent aucune altération dans leur texture. Dans le psoriasis siégeant à la tête, on observe quelquefois des plaques squameuses arrondies et bien délimitées, qu'on pourrait prendre pour des plaques d'herpès parasitaire, mais les squames du psoriasis sont plus épaisses, plus blanches, et les cheveux ne présentent d'autre altération qu'une sécheresse plus grande que d'habitude. Il est rare d'ailleurs que le psoriasis soit limité à la tête, et le plus ordinairement on observe des plaques squameuses sur d'autres parties du corps et particulièrement aux coudes et aux genoux. On devra se rappeler encore que dans l'herpès tonsurant, il existe souvent en même temps, sur diverses parties du corps, et particulièrement au cou, à la face et au dos de la main, des plaques d'herpès circiné. Dans les cas douteux, on devra d'ailleurs avoir recours au microscope, qui lèvera ordinairement toute incertitude de diagnostic. Il ne faut pas oublier, cependant, que dans les trichophyties anciennes arrivées à leur dernière période, le champignon peut avoir disparu et ne plus se rencontrer ni dans les cheveux ni dans les squames épidermiques.

Il est ordinairement facile de différencier l'herpès tonsurant des autres maladies parasitaires qui attaquent les parties pileuses : les croûtes du favus, jaunes, épaisses et disposées en godets, diffèrent complètement des squames blanches et minces et des croûtes peu prononcées, brunes ou grises de l'herpès; l'altération des cheveux n'est pas du tout la même : dans la trichophytie, ils sont secs, gonflés, cassés et souvent engainés; dans le favus, ils sont également décolorés et ternes, mais ils sont lanugineux et tombent entiers, sans se casser, près de leur insertion. Dans le favus ancien, dit squarreux, caractérisé par des croûtes blanches, plâtreuses, le diagnostic est plus difficile; mais cependant l'épaisseur des squames, l'alopécie ordinairement plus complète, l'odeur spéciale

exhalée par les parties malades, serviront à reconnaître l'affection favique. J'ajouterai que l'examen microscopique, en faisant reconnaître des spores plus régulières, plus arrondies dans l'herpès que dans le favus, pourra encore aider au diagnostic.

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur les caractères différentiels qui distinguent l'herpès tonsurant de la pelade; cette dernière maladie est tellement caractérisée par ses plaques d'alopécie partielle, par la décoloration et l'aspect lisse de la peau sur les points malades, et par l'espèce de duvet cotonneux qui remplace quelquefois les poils, qu'il est très facile de la reconnaître et de la distinguer de l'herpès.

Pronostic. — Le pronostic de l'herpès tonsurant est assez grave; il faut savoir que cette maladie est longue, qu'elle réclame un traitement douloureux et minutieux qui ne peut réussir qu'à la condition d'être suivi pendant longtemps; les récidives sont faciles tant que le parasite n'a pas été complètement détruit, et les cheveux peuvent rester grêles et même tomber complètement pour ne pas repousser, si la maladie n'a pas été traitée convenablement. De plus, la faculté contagieuse de la trichophytie force à isoler les personnes qui en sont atteintes, et peut ainsi, chez les enfants et les jeunes sujets, devenir une gêne très grande pour leur éducation littéraire ou professionnelle.

Étiologie et pathogénie des trichophyties circinée et tonsurante. — L'herpès circiné se développe chez les personnes de tout âge, mais il est peut-être un peu plus commun chez les jeunes sujets; l'herpès tonsurant est observé presque exclusivement chez les enfants et chez les adolescents; on le rencontre quelquefois sur la barbe des hommes adultes, mais il est tout à fait exceptionnel de le rencontrer à la tête chez les gens des deux sexes

qui ont passé l'âge de l'adolescence. Ces deux variétés de trichophytie paraissent se développer plus facilement et se prolonger plus longtemps chez les personnes faibles ou débilitées soit par des maladies antérieures, soit par de mauvaises conditions hygiéniques; elles sont plus particulièrement communes chez les scrofuleux; toutefois ces dernières causes prédisposantes paraissent moins puissantes pour l'herpès que pour le favus, et il arrive assez souvent de rencontrer les diverses variétés de trichophytie chez des personnes en bon état de santé.

La seule et véritable cause du développement des herpès parasitaires est la contagion qui peut s'exercer quelquefois par l'intermédiaire de l'air tenant en suspension des poussières champignonneuses, plus souvent par le fait de coiffures, de peignes, de brosses ou autres objets de toilette, ou même encore par le contact direct d'une partie affectée d'herpès appliquée sur un point quelconque du corps d'une personne saine, ainsi que cela peut arriver pour des gens qui couchent dans le même lit. Il n'est pas rare de voir l'herpès tonsurant se propager rapidement sur un assez grand nombre d'enfants, dans les asiles, dans les écoles, dans les collèges et dans les ateliers, de manière à constituer une espèce d'épidémie qu'on a souvent beaucoup de mal à arrêter.

La contagion peut avoir lieu de manière qu'une forme de trichophytie soit communiquée par le contact médiat ou immédiat d'une personne atteinte de la même variété; c'est ainsi qu'on voit l'herpès circiné donner lieu à la même maladie, et l'herpès tonsurant venir à la suite d'une communication avec une personne atteinte de la même forme d'herpès; mais comme les trois formes de la trichophytie, l'herpès circiné, l'herpès tonsurant et le sycosis, sont causées par le même champignon, il faut savoir que l'une de ces variétés, qui doivent à leur siège seul leurs différences d'aspect, peut communiquer les

deux autres; et c'est ainsi qu'on voit souvent, dans la même famille, le père atteint d'un sycosis de la barbe, la mère présentant des cercles d'herpès circiné dans une région quelconque, et l'enfant affecté au cuir chevelu d'une ou de plusieurs plaques d'herpès tonsurant. Il faut ajouter encore que l'herpès tonsurant est une maladie qu'on peut rencontrer chez les animaux domestiques et particulièrement chez les chevaux, chez les ânes, chez les chiens et chez les chats ; elle est surtout commune dans l'espèce bovine. Des animaux, la maladie peut se propager à l'homme : Malherbe (de Nantes) a cité des observations incontestables d'herpès tonsurants transmis de veaux et de vaches aux personnes qui les soignaient. Bazin et moi-même, nous avons vu des exemples semblables de la même maladie transmise du cheval à l'homme.

Cette faculté contagieuse des herpès a été reconnue par tous les auteurs, et elle a été mise hors de doute par les faits d'inoculation d'herpès dus à Deffis et relatés par Bazin ; elle se trouve d'ailleurs expliquée d'une manière bien complète par la nature parasitaire de ces affections. On a reconnu en effet que les herpès circiné et tonsurant étaient dus à la présence, dans l'épiderme et dans les poils, d'un champignon particulier auquel Malmsten a donné le nom de *Trichophyton* (1), lequel a été placé par les naturalistes dans la famille des Arthrosporés et dans la tribu des Torulacés. Ce végétal est formé uniquement de spores, rondes ou ovales, incolores, à surface lisse, d'un diamètre variant entre $0^{mm},003$ et $0^{mm},008$ (Robin). Ces spores se rencontrent principalement dans l'intérieur des poils, dont ils écartent les fibres, et à l'extérieur, dans les plaques épidermiques qui entourent le cheveu près

(1) Malmsten, *Archiv für Anatomie und Physiologie*, von J. Müller. Berlin, 1848.

de son insertion. Elles se présentent sous la forme d'amas arrondis ou allongés dans lesquels on reconnaît parfaitement, à un grossissement de 250 à 300 diamètres, la disposition et la forme des spores qui les composent. On les rencontre encore dans l'intérieur des follicules pileux d'où sortent les cheveux malades et dans les squames qui couvrent les plaques de l'herpès tonsurant. Dans l'herpès circiné, on rencontre le même végétal sur les poils follets et au milieu des lamelles épidermiques qui forment les anneaux herpétiques; mais dans cette dernière variété, le champignon est plus difficile à trouver que dans les poils de l'herpès tonsurant; et lorsqu'on le découvre, il est constitué par des spores plus petites, moins régulières; elles se rapprochent de la première description, donnée par Gruby (1), du champignon trouvé dans la mentagre, et pour lequel il avait proposé le nom de *Mentagrophyte;* Bazin le considère avec raison comme un trichophyton altéré ou peu développé. Ch. Robin prétend que les spores du trichophyton ont de la tendance à se réunir en chapelets de manière à figurer une ligne ondulée (2); mais cette disposition est bien rare, et ordinairement les spores sont isolées les unes des autres ou réunies en groupes irréguliers.

Dans l'herpès tonsurant, si l'on examine au microscope un cheveu malade, et surtout si l'on en a choisi un qui présente la gaine blanchâtre que j'ai déjà signalée, on constate ordinairement des altérations importantes : on voit d'abord la racine altérée; au lieu de présenter cet aspect arrondi qui la fait ressembler à la racine d'une plante bulbeuse, elle est aplatie, irrégulière, quelquefois même elle est tout à fait détruite. Puis le poil est coudé et présente, en certains points, des nodosités, des renfle-

(1) Gruby, *Comptes rendus de l'Académie des sciences.* Paris, 1844.
(2) Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme.* Paris, 1853.

ments anormaux ; en ces endroits, il est souvent crevassé, ses fibres sont écartées, et dans ces crevasses, entre ces fibres, on aperçoit des amas de spores. A l'extrémité du poil, à l'endroit où il a été brisé, l'examen microscopique

Fig. 6. — Herpès tonsurant. Gaine épidermique recouvrant le cheveu et contenant des spores (*Clinique photographique*).

Fig. 7. — Herpès tonsurant avec de nombreuses spores à l'intérieur du cheveu.

(Pour bien voir les détails de ces planches, il faut les examiner à la loupe.)

permet encore de reconnaître que la coupe n'est ni nette, ni régulière ; l'extrémité brisée paraît comme épiée, elle ressemble à un pinceau, et, entre ses fibres écartées, on aperçoit souvent des spores. Dans les poils, dans les squames et dans les poussières épidermiques qui s'attachent aux poils, on trouve souvent une quantité considé-

rable de spores, surtout lorsque la maladie n'est pas arrivée à sa dernière période.

Traitement. — La nature parasitaire de la trichophytie indique le traitement à l'aide duquel on doit chercher à guérir ses diverses formes; les éruptions cutanées, les altérations et la chute des cheveux qui sont observées ont pour cause la présence d'un champignon, c'est ce végétal parasite qu'il faut détruire. Toutefois, avant d'arriver à ce traitement radical, on doit quelquefois combattre les phénomènes inflammatoires qui se sont développés et qui seraient augmentés par l'emploi immédiat des moyens parasiticides ordinairement irritants. Donc, lorsqu'il existe des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, lorsque les plaques d'herpès sont le siège d'une rougeur et d'un gonflement assez prononcés, on doit d'abord chercher à diminuer l'inflammation par quelques topiques émollients (cataplasmes de fécule, lotions d'eau de lin ou de guimauve), par des bains et par quelques boissons émollientes ou acidules. Puis ces phénomènes phlegmasiques calmés, ou bien même d'emblée, lorsque l'inflammation locale est peu prononcée, il faut avoir recours aux moyens locaux capables de détruire le parasite.

Dans les cas de trichophytie circinée, on emploiera avec avantage les pommades à base de soufre ou de mercure ; la pommade soufrée du Codex, contenant de deux à quatre grammes de fleurs de soufre pour trente grammes d'axonge, à laquelle j'ajoute un gramme de camphre, m'a donné fréquemment de bons résultats ; on se trouve mieux encore de frictions avec la pommade au turbith minéral, contenant de un à deux grammes de sulfure de mercure pour trente grammes d'axonge ; on pourra se servir également de l'onguent mercuriel et de l'onguent citrin mêlé à trois ou quatre parties d'axonge. On a employé également les onctions avec l'huile de cade, avec la teinture d'iode ; je me suis trouvé moins bien des

lotions avec une solution de sublimé, lesquelles ont cependant été conseillées. Tous ces moyens agissent en détruisant le parasite; mais, pour être sûr du succès, il est nécessaire de les appliquer au delà du temps où toute trace de l'affection cutanée a disparu; en cessant trop tôt, on peut laisser quelques spores non détruites, lesquelles, en repullulant, feront bientôt reparaître la maladie. Comme adjuvant du traitement parasiticide, on emploiera quelques bains, et particulièrement des bains sulfureux ou des bains alcalins; ces derniers sont surtout indiqués lorsqu'on a prescrit des pommades mercurielles: on évite ainsi la coloration noire de la peau qui suivrait l'emploi des bains sulfureux par la formation du sulfure de mercure.

Dans la trichophytie tonsurante, le traitement est le même, mais la maladie est plus profonde, plus étendue et nécessairement plus tenace; au lieu de rester dans les lamelles superficielles de l'épiderme, le parasite se trouve dans les poils et dans la profondeur des follicules pileux; il faut donc un traitement qui agisse plus profondément; il faut surtout arrêter l'extension de la maladie en arrachant les cheveux malades, et tâcher de faire pénétrer un agent parasiticide jusqu'aux follicules pileux qui contiennent souvent une grande quantité de spores. Pour arriver à ce résultat, le meilleur traitement est celui que nous avons déjà exposé à propos du favus, lequel, proposé par Bazin, est aujourd'hui à peu près universellement adopté.

Sans entrer dans des détails déjà exposés (voy. Favus), j'indiquerai sommairement qu'après avoir combattu les lésions inflammatoires, lorsqu'elles existent, par les moyens convenables, on procède à l'épilation sur les parties du cuir chevelu ou de la barbe atteintes par la maladie, et j'ajouterai que cette épilation n'est pas très facile, les cheveux étant souvent tellement altérés, tellement friables, qu'ils se brisent près de la surface cutanée

et que la racine reste dans le follicule ; néanmoins on arrache tout ce qu'on peut, ce qui reste sera enlevé plus tard, à la prochaine épilation. Puis, les cheveux étant arrachés, on humecte la partie épilée avec une solution de sublimé au cinq-centième (sublimé, un gramme ; eau distillée, cinq cents grammes), en tâchant de la faire pénétrer jusqu'à l'intérieur des follicules demeurés béants après l'épilation. Ces lotions sont répétées matin et soir pendant deux ou trois jours, et, si elles déterminent une inflammation locale caractérisée par une éruption pustuleuse, on la combat par quelques applications émollientes ; puis on passe à l'usage des pommades parasiticides que je viens d'indiquer à propos de l'herpès circiné et qui sont appliquées en frictions matin et soir. Au bout de six semaines ou de deux mois, les cheveux arrachés sont repoussés, ceux qui ont été cassés et dont la racine est restée dans le follicule ont crû, et comme dans la très grande majorité des cas la maladie existe encore, caractérisée par des squames et par l'altération spéciale des cheveux, il faut procéder à une seconde épilation, suivie de lotions au sublimé et d'onctions avec les pommades indiquées, dont on peut d'ailleurs varier la formule. Tant que la peau n'a pas repris son aspect normal, tant que les cheveux ne sont pas nets, luisants et droits, il faut renouveler les épilations, qu'on est quelquefois obligé de porter jusqu'à sept, huit, dix ou douze, en en diminuant ordinairement l'étendue à mesure que la guérison avance, mais qu'il est important de continuer jusqu'à ce que toute trace de maladie ait disparu. C'est quelquefois un traitement bien long qui peut durer un an et plus ; mais une guérison définitive, qu'on n'obtiendrait pas sans cela, viendra récompenser la patience du médecin et du malade.

Dans les herpès parasitaires, le traitement local tient la première place ; il ne faut pas cependant oublier que

ces affections se développent de préférence et sévissen plus fortement chez les sujets débilités par une cause quelconque; de là l'indication très utile d'associer à l'emploi des topiques parasiticides l'usage des moyens médicinaux et hygiéniques qui peuvent agir comme reconstituants; je signalerai particulièrement l'utilité de l'huile de foie de morue, des préparations ferrugineuses et iodées, du quinquina, des bains sulfureux. Une bonne nourriture est indispensable; l'habitation à la campagne, le séjour au bord de la mer, les bains de mer, les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées sodiques, peuvent également avoir une grande influence sur la guérison, surtout dans les cas où la maladie, se prolongeant au delà du terme habituel, paraît entretenue par un mauvais état de la santé générale.

c. Trichophytie sycosique. — *Sycosis; mentagre.*

Le mot *sycosis*, synonyme de *mentagre*, a été employé par les anciens auteurs grecs et latins pour désigner des affections de la peau mal déterminées, mais principalement caractérisées par des saillies molles, ayant soit pour la forme, soit pour la structure, l'apparence de figues et siégeant au visage; σύκωσις vient en effet de σῦκον, figue; cette confusion dura jusqu'à Bateman, lequel, au commencement de ce siècle, donna le premier une définition précise du mot sycosis, qu'il appliqua à une affection de la peau caractérisée par *une éruption de tubercules enflammés, charnus, d'un rouge sombre, développés sur la partie barbue du visage ou sur le cuir chevelu, groupés et souvent confondus, susceptibles de fournir une suppuration sanieuse.* Il admit d'ailleurs deux espèces, le sycosis du menton (*sycosis menti*), et le sycosis du cuir chevelu (*sycosis capillitii*). Le sycosis fut placé par

Bateman dans l'ordre des tubercules, à côté de l'acné; fut imité en ce sens par Alibert, qui le décrit également sous le nom de *varus mentagra*, le mot *varus* étant pour ce dernier auteur synonyme d'acné. Plus tard Biett, tout en acceptant la définition de Bateman, plaça le sycosis dans l'ordre des pustules; ses élèves Gibert, Devergie, Cazenave, firent de même; mais Cazenave eut le mérite de fixer d'une manière plus nette dans le follicule pileux le siège anatomique du sycosis et de considérer cette maladie comme une inflammation de la glande pileuse et du tissu cellulaire ambiant.

De notre temps l'histoire du sycosis s'est trouvée singulièrement éclaircie par la découverte du parasite cryptogamique rencontré fréquemment dans les poils et dans les écailles épidermiques de la peau atteinte de cette maladie. A partir de cette époque on admit deux espèces distinctes de sycosis, la première constituée par un sycosis de nature parasitaire, la seconde comprenant un sycosis de nature inflammatoire simple, non parasitaire. J'accepte parfaitement cette distinction; mais je la voudrais plus grande encore, en regrettant que chaque espèce de sycosis ne soit pas désignée par un nom différent; et dans mon enseignement j'ai proposé de réserver le nom de *sycosis* à la seule affection parasitaire du follicule pileux et de désigner sous le nom d'*adénotrichie* l'inflammation simple de la glande pileuse. Quoi qu'il en soit, je me résume en définissant le sycosis une inflammation tantôt pustuleuse, tantôt tuberculeuse du follicule pileux, et en admettant dans ce genre nosologique deux espèces très différentes par leur nature, le sycosis parasitaire (sycosis vrai, trichophytie sycosique) et le sycosis inflammatoire (adénotrichie). Je n'ai ici à décrire que la maladie parasitaire; je parlerai de l'adénotrichie à propos de l'impétigo.

Historique. — Cette maladie a probablement existé

dans les temps plus anciens, mais nous n'en trouvons de traces bien évidentes que dans la narration d'une épidémie faite par Pline, lequel raconte que sous le règne de Tibère (Claude, Auguste), il se développa à Rome une maladie épidémique caractérisée par des éruptions et des ulcères survenant au visage et amenant de cruelles difformités. Cette affection, suivant le même auteur, fut introduite à Rome par un chevalier romain nommé Persinus, qui la rapporta d'Asie, et se transmit par contagion à un grand nombre de personnes, à l'occasion du baiser, salut usité parmi les chevaliers. Appelée d'abord *lichen*, cette éruption fut ensuite désignée sous le nom de *mentagra*, à cause de son siège presque exclusif au menton et à la barbe. Ce mot de mentagre est resté dans la science, mais fut appliqué à des maladies de nature différente, n'ayant de commun que le siège de la face, chez les hommes. Dans la mentagre de Pline, siégeant dans la barbe, se transmettant par contagion, il est impossible de ne pas reconnaître notre sycosis parasitaire actuel; mais cette maladie fut pendant bien longtemps confondue avec l'acné, l'eczéma, le lichen et autres éruptions développées à la face, et sa nature toute spéciale ne commença à être connue que de nos jours. En 1844, dans une communication à l'Académie des sciences, le docteur Gruby indiqua le premier la présence d'un champignon dans la mentagre et proposa de lui donner le nom de *Microsporon mentagrophytes*. Cette découverte fut confirmée plus tard, en 1854, par Bazin, puis par Kobner en Allemagne, ensuite par les recherches du Suédois Malmsten, qui donna au végétal parasite le nom de *Trichophyton*, dénomination qui lui est restée ainsi que j'ai déjà dit à propos de l'herpès. Depuis cette époque, la nature parasitaire du sycosis fut bien établie et, de plus, les observations de Bazin et les miennes démontrèrent que le même champignon, le *Trichophyton*, existe dans l'herpès circiné, dans

l'herpès tonsurant et dans le sycosis, et que ces trois maladies ne doivent leur aspect différent qu'à la différence de siège anatomique, le trichophyton se trouvant, pour l'herpès circiné, dans les lamelles épidermiques, pour l'herpès tonsurant, dans les cheveux et dans les follicules pileux du cuir chevelu, et pour le sycosis dans les follicules pileux de la barbe. C'est pour établir cette identité de nature que j'ai proposé de donner aux trois maladies que je viens de citer les noms de *trichophytie circinée*, de *trichophytie tonsurante* et de *trichophytie sycosique*. Tout le monde en France accepte maintenant cette manière de voir, encore combattue par l'école allemande d'Hebra, qui ne veut voir dans le sycosis qu'une folliculite simple des poils de la barbe et de la face, tout en concédant cependant que, dans quelques cas rares, cette affection peut être due à la présence du trichophyton et n'être alors qu'une dépendance de l'herpès tonsurant (1).

Anatomie pathologique. — Les altérations anatomiques qui caractérisent le sycosis parasitaire se rencontrent principalement dans le poil de la barbe : il est peu adhérent au follicule, sa racine est presque complètement détruite, sa tige est inégale, ses fibres longitudinales sont écartées. Quelques poils sont recouverts d'une gaine blanche, dans laquelle on trouve des quantités plus ou moins considérables de spores sphériques de trichophyton, ainsi que je l'ai déjà dit en parlant de la trichophytie circinée et tonsurante. Toutefois ces spores sont plus rares dans le sycosis que dans l'herpès tonsurant, et chez certains malades on ne trouve ni spores, ni tubes de mycélium; quelquefois on ne constate que la présence de granulations, petites et irrégulières, que Gruby a indiquées comme appartenant à un champignon particulier, au *Microsporon mentagrophytes*, et que Bazin

(1) Kaposi, *Maladies de la peau*, t. II, traduct. par Besnier et Doyon.

considère comme des débris de trichophyton altéré. Les adversaires de la nature parasitaire du sycosis ont argué de cette difficulté de montrer les spores pour nier la présence du champignon, mais on le retrouve plus facilement dans le début de la maladie; et plus tard, s'il est si difficile à découvrir, cela tient à ce que les spores ont été détruites ou entraînées par la suppuration. Ne sait-on pas que, dans certains cas de gale, il est impossible de trouver un acare? et cependant personne aujourd'hui ne voudrait nier le caractère parasitaire de cette affection.

Dans la peau, dans le follicule pileux, dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve des lésions d'origine inflammatoire, voire même de petits abcès ou une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais je vais revenir sur ces détails en présentant la description des symptômes et des caractères objectifs du sycosis.

Symptômes. — Le sycosis débute ordinairement par des taches rouges, arrondies, légèrement squameuses, d'une petite dimension, qu'on peut observer sur les joues ou sur le cou et qui appartiennent à l'herpès circiné; puis au bout de quelques jours, sur le cuir barbu, le poil s'altère, il devient terne, sec, cassant, il se recouvre d'un petit duvet blanchâtre qui n'est qu'une poussière champignonneuse, ou bien il est entouré par une véritable gaine grise dans laquelle on trouve très facilement les spores du trichophyton. En même temps, sur les régions pileuses atteintes par la maladie, la peau devient rouge, squameuse, des pustules se forment, de véritables tubercules rouges, arrondis, volumineux, ayant leur point de départ dans le follicule pileux, se développent en nombre et dans une étendue variables; ces pustules se rompent, ces tubercules suppurent et s'ulcèrent, et il se forme une sécrétion séro-purulente qui agglutine les poils en se desséchant et qui recouvre les surfaces malades de croûtes

brunes plus ou moins épaisses. Plus tard, ces croûtes elles-mêmes se détachent et laissent à nu des ulcérations fongueuses, qui donnent à la figure du malade un aspect repoussant, et qui rappellent la description laissée par Pline de la mentagre des chevaliers romains. A cette altération de la peau viennent même quelquefois se joindre encore d'autres lésions dans les parties voisines, et on peut constater alors un gonflement de la face dû à une infiltration inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané, des abcès dermiques ou sous-dermiques, des furoncles et des adénites sous-maxillaires susceptibles de se terminer par suppuration.

En même temps le poil s'altère de plus en plus, il se ternit, devient gris ou jaunâtre, il n'est plus adhérent dans le follicule, la moindre traction l'enlève sans douleur et souvent même il tombe spontanément. C'est dans cette période qu'il est ordinaire de ne plus pouvoir retrouver dans le poil les spores du trichophyton; le champignon a été détruit par la suppuration.

Ces lésions que je viens de décrire existent surtout à la barbe, mais on peut les rencontrer, dans quelques cas rares, sur d'autres parties pileuses, à la nuque, à la poitrine, dans les régions génitales. L'étendue de la maladie est d'ailleurs très variable : quelquefois il n'existe que quelques points isolés sur lesquels on constate l'inflammation folliculeuse et l'altération des poils ; dans d'autres circonstances la maladie est étendue et atteint de larges surfaces, et il n'est pas très rare de la voir envahir successivement toute la région barbue.

Concurremment avec les lésions du sycosis, il est ordinaire de voir, dans les régions voisines de la barbe, des cercles d'herpès circiné, ou plus rarement des plaques d'herpès tonsurant, ces éruptions étant tantôt préexistantes, tantôt subséquentes à l'affection du cuir barbu. Fréquemment aussi on rencontre aux poignets et sur le

dos des mains des cercles d'herpès circiné qui se sont développés à la suite du grattage des parties malades de la face par le dos des mains. Cette coïncidence habituelle de ces diverses formes du trichophyton et la similitude absolue du champignon sont les raisons sur lesquelles Bazin et moi nous nous sommes appuyés pour admettre l'identité de la maladie dans les herpès parasitaires et dans le sycosis.

Les malades atteints de sycosis parasitaire éprouvent dans les parties malades un sentiment de chaleur, de cuisson et de démangeaison dont l'intensité est en rapport avec l'intensité des lésions inflammatoires; il est rare que la douleur soit très vive; quelquefois cependant, lorsqu'il y a des abcès, des furoncles, ou une inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané, on peut observer des souffrances assez fortes pour que la parole et la mastication en soient gênées. En cas d'abcès, il peut se développer un mouvement fébrile caractérisé par des frissons, de la chaleur à la peau, une certaine fréquence du pouls, de la céphalalgie, de l'insomnie et de l'inappétence. Ces phénomènes généraux sont toujours momentanés.

Marche, durée, terminaison. — Comme je l'ai déjà dit, la trichophytie sycosique commence ordinairement par des cercles d'herpès circiné autour des parties pileuses ou par des plaques d'herpès tonsurant sur la barbe elle-même, et l'affection des follicules pileux et des poils ne paraît être que le résultat de l'extension du parasite envahissant de nouveaux organes et s'étendant en profondeur. Une fois développée dans un ou plusieurs points, la maladie gagne ordinairement en étendue, le tissu cellulaire sous-cutané se prend et tout le cuir barbu peut être atteint. Le sycosis peut d'ailleurs présenter dans sa marche des irrégularités marquées par des améliorations et des exacerbations successives dont il n'est pas toujours possible de connaître la cause.

La durée de cette maladie est indéterminée et dépend beaucoup du traitement ; abandonnée à elle-même, elle peut se prolonger pendant plusieurs années, avec des variations d'intensité ; j'ai vu même quelques cas dans lesquels, malgré le traitement rationnel bien appliqué, la maladie se prolongeait indéfiniment ; mais alors, ordinairement, le parasite n'existe plus et la maladie s'est transformée en une folliculite pileuse entretenue par un mauvais état général. On doit savoir que la guérison spontanée peut être observée : par suite de l'inflammation puriforme des follicules, les poils se détachent et tombent, les spores contenues dans les follicules sont entraînées et, le parasite n'existant plus, la peau reprend son état normal et les poils repoussent, quelquefois un peu moins nombreux. Bazin a parfaitement indiqué la théorie de cette guérison spontanée invoquée comme argument contre la doctrine de la nature parasitaire du sycosis. Mais cette terminaison heureuse et spontanée n'a pas toujours lieu et le plus ordinairement la guérison ne s'obtient qu'à l'aide d'un traitement rationnel que j'indiquerai tout à l'heure. Je ne dois pas omettre de mentionner qu'il n'est pas rare d'observer, après une guérison apparente, des récidives dues simplement à la résistance de quelques spores à l'action des moyens parasiticides et à la repullulation du parasite non complètement détruit. Ce ne sont pas là à proprement parler des récidives, ce sont des guérisons incomplètes.

Diagnostic. — Il est très important de reconnaître le sycosis parasitaire, car du diagnostic dépendent le traitement et la guérison. Pour établir ce diagnostic, on devra surtout se rappeler que la tricophytie sycosique est limitée aux parties pileuses, qu'elle s'accompagne habituellement d'une infiltration inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané, que les poils sont altérés et s'arrachent facilement, souvent même qu'ils sont tombés spontanément. Lors-

qu'on trouve quelques poils recouverts d'une poussière blanchâtre ou entourés par une gaine grise, la certitude augmente et elle est complète, si le microscope permet de reconnaître la présence du trichophyton. Mais je crois devoir répéter encore ici qu'il n'est pas toujours possible de retrouver le parasite et que le diagnostic peut être établi, même en son absence. La présence simultanée d'herpès circiné ou tonsurant sur le même sujet ou même sur des personnes de la même famille constitue encore des points de repère très importants, qui servent à reconnaître la nature parasitaire de la folliculite.

Plusieurs affections de la peau présentant une certaine ressemblance avec la trichophytie sycosique, il est essentiel de connaître les caractères différentiels qui permettront de les distinguer de la maladie dont il s'agit : ces affections sont surtout l'eczéma et ses diverses variétés, l'acné, l'ecthyma, les syphilides pustuleuses et tuberculeuses circonscrites.

L'eczéma et particulièrement la forme impétigineuse de l'eczéma peuvent être confondus avec le sycosis, principalement après l'ouverture des pustules et l'ulcération des tubercules, alors que la partie malade est recouverte d'une croûte grise ou brune : dans ces circonstances, on se rappellera que, dans le sycosis, l'éruption ne dépasse pas les régions pileuses et qu'il existe toujours un gonflement sous-cutané lorsque la maladie est à la période de sécrétion ; tandis que dans l'eczéma la lésion n'est jamais circonscrite au cuir barbu, on aperçoit toujours quelques vésico-pustules ou quelques croûtes sur le cou, sur les oreilles ou sur d'autres parties glabres, et, habituellement, il n'existe pas le même gonflement que dans le sycosis.

Un peu d'attention suffira pour distinguer l'acné, affection des follicules sébacées, laquelle occupe presque exclusivement les parties de la face glabres ou garnies de

poils follets, ne se complique pas de gonflement sous-cutané, n'est pas recouverte de croûtes, et ne s'accompagne ni de douleurs, ni de cuissons, ni de démangeaisons.

Quant à l'ecthyma, il est rare à la face et ses pustules régulières, aplaties et sans base indurée, ne ressemblent en rien aux pustulo-tubercules du sycosis.

La différence est plus difficile à établir lorsqu'il s'agit de distinguer de la trichophytie sycosique les éruptions pustuleuses ou tuberculeuses de la syphilis. Toutefois ces pustules et ces tubercules ne sont pas traversés par les poils, l'éruption est rarement bornée aux parties pileuses, les tubercules sont durs, indolents, d'une couleur bronzée, et, lorsqu'il existe des croûtes, celles-ci sont sèches, inégales, et d'un vert noir ; d'ailleurs les éruptions syphilitiques s'accompagnent presque toujours de quelque autre lésion caractéristique de la syphilis.

Mais la difficulté la plus grande consiste dans le diagnostic différentiel à établir entre le sycosis parasitaire et le sycosis simple ; diagnostic important, car il domine la thérapeutique. Pour résoudre ce problème, on devra savoir que dans la trichophytie sycosique les pustules sont plus volumineuses, plus saillantes, qu'elles sont associées à de véritables tubercules ; il y a une infiltration inflammatoire sous-cutanée amenant du gonflement ; d'autre part, les poils sont altérés, ils sont ternes, gris, engainés, et il est quelquefois possible d'y découvrir, au microscope, des spores de trichophyton ; ils se laissent arracher facilement, souvent même ils tombent spontanément ; on peut trouver chez les mêmes malades des plaques de trichophytie circinée ou tonsurante. Dans le sycosis non parasitaire, dans l'adénotrichie, les pustules sont petites, peu saillantes, les tubercules et les nodosités cutanés sont rares, il n'y a pas de gonflement sous-cutané ; les poils sont peu altérés et adhérents, on ne peut les arracher qu'avec difficulté et douleur.

Pronostic. — Le sycosis parasitaire n'est jamais une maladie grave, à proprement parler, mais son siège à la face, la déformation souvent considérable qu'elle entraîne au visage, sa ténacité assez fréquente, en font une affection très désagréable.

Étiologie. — La trichophytie sycosique est une maladie qui se développe par contagion, soit par le contact direct de la partie contaminée avec une surface cutanée atteinte d'un herpès circiné, d'un herpès tonsurant ou d'un sycosis, soit par un corps intermédiaire contenant des spores de trichophyton ; cet intermédiaire est souvent un peigne ou un rasoir ou même la main d'un coiffeur ou d'un barbier. J'ai eu occasion de constater plusieurs fois le développement du sycosis chez des personnes qui, ayant l'habitude de se raser elles-mêmes, étaient allées par exception se faire faire la barbe chez un barbier se servant d'un rasoir banal. Dans ces circonstances, quelquefois les malades avaient souvenir qu'on les avait coupés et que la première lésion cutanée s'était montrée à l'endroit de la petite blessure ; on doit admettre, dans ces circonstances, une véritable inoculation sous-épidermique. On est encore obligé de croire que l'air peut servir d'intermédiaire et que des spores voltigeant dans l'atmosphère peuvent aller se fixer sur la barbe, particulièrement lorsqu'elle est mal tenue et recouverte de poussière, comme cela arrive chez les ouvriers ; on comprend que les spores trouvent plus facilement à se fixer sur une surface pileuse malpropre que sur des poils luisants et exempts de tout corps étranger.

Comme pour la plupart des maladies cutanées parasitaires, il est nécessaire d'ailleurs, pour que le trichophyton se multiplie de manière à former un sycosis, qu'il trouve un terrain rendu favorable par la malpropreté ou la débilitation de l'individu exposé à la contagion. Toutefois je dois dire que, dans certains cas, ces conditions

ne paraissent pas indispensables, car on rencontre le sycosis chez des personnes bien portantes et habituées à tous les soins de la propreté.

Je répéterai ici que la trichophytie sycosique est presque exclusive aux hommes; cependant on en a cité quelques cas chez les femmes velues, dites à barbe, et qui se trouvent alors dans les conditions des hommes ; plus rarement encore on constate la présence du trichophyton et des lésions qu'il entraîne sur quelques pubis féminins.

Traitement. — Le traitement du sycosis est fondé sur la nature parasitaire de la maladie ; et pour faire disparaître les lésions diverses qui se rencontrent dans les parties atteintes, il faut détruire le parasite en employant les moyens déjà indiqués à propos des *herpès parasitaires.* Le moyen par excellence consiste dans l'épilation des poils de toute la partie malade, opération qui n'est pas habituellement douloureuse, les poils étant peu adhérents à leurs follicules et se laissant arracher avec la plus grande facilité. Immédiatement après cette épilation qu'on ne devra pas craindre de faire trop étendue, il faut laver la partie épilée avec une solution de sublimé au 500e, puis les jours suivants étendre matin et soir une couche d'une pommade parasiticide, composée soit de deux grammes de turbith minéral et d'un gramme de camphre, soit de deux grammes de soufre sublimé pour trente grammes d'axonge, de vaseline ou de cold-cream. On a proposé les onctions avec l'huile de cade étendue d'axonge ou d'huile, les applications de teinture d'iode, mais ces substances sont trop irritantes. Depuis peu de temps j'ai employé avec avantage un mélange de vaseline et de naphtol au dixième. Très ordinairement une seule épilation ne suffit pas et au bout de trois ou quatre semaines il est souvent utile de la répéter dans les points sur lesquels existent encore de la rougeur, des pustules, du gonflement sous-cutané et des poils altérés ; et cette

opération doit être renouvelée tant que la peau et le système pileux n'ont pas repris leur aspect normal. J'ajoute d'ailleurs que les poils arrachés repoussent, et que, chez les gens bien traités et complètement guéris, la barbe est ordinairement aussi bien fournie qu'auparavant; cependant, chez les hommes d'un âge moyen ou avancé, les poils peuvent repousser blancs et rester tels.

Lorsque les phénomènes inflammatoires ne sont pas très prononcés, on peut procéder immédiatement au traitement parasiticide que je viens d'exposer ; mais, lorsque les pustules ou les tubercules sont nombreux, lorsque la partie malade est recouverte d'une croûte épaisse ou étendue, ou lorsqu'il existe un gonflement sous-cutané prononcé, il faut combattre d'abord l'inflammation locale à l'aide de lotions émollientes, de cataplasmes de fécule ou de farine de riz, de bains et de quelques purgatifs, puis n'arriver au traitement radical que lorsque les lésions inflammatoires ont beaucoup perdu de leur intensité. De même, après l'épilation et les applications de solution de sublimé, il se manifeste quelquefois une inflammation caractérisée par la rougeur de la peau, par une éruption de petites pustules, par une douleur assez vive et de la cuisson; il y a lieu alors de suspendre ou d'ajourner les pommades parasiticides et d'avoir recours momentanément aux applications émollientes.

Dans le sycosis, le traitement local est très important et suffit souvent; chez quelques malades cependant, lorsqu'il existe quelques-uns des phénomènes inflammatoires que je viens de signaler, on se trouvera bien de l'usage de quelques tisanes rafraîchissantes, de quelques purgatifs et de bains émollients. Chez les individus d'une constitution faible, ou qui sont débilités par une cause quelconque, on conseillera au contraire, avec avantage, a médication tonique et particulièrement le sirop antiscorbutique, le vin de gentiane, les préparations de quin-

quina, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer et les bains sulfureux. Dans les cas de sycosis rebelles et récidivants, une saison aux eaux sulfureuses chaudes devrait être favorable, je veux parler principalement des eaux de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, d'Ax et d'Aix-la-Chapelle.

d. Pelade.

Définition.—Le mot *pelade*, employé autrefois comme synonyme d'alopécie et appliqué particulièrement par les auteurs du seizième et du dix-septième siècle pour désigner l'alopécie syphilitique, a été proposé par Bazin pour dénommer une affection spéciale du système pileux, due à la présence dans l'épiderme et ses dépendances d'un parasite végétal, le *Microsporon Audouini*, et caractérisée par une alopécie plus ou moins étendue, survenant habituellement, au moins au début, sous forme de plaques circonscrites, lisses, glabres, et ne présentant aucun élément éruptif. Willan et Bateman, soupçonnant l'identité de nature de cette maladie avec le favus (pour eux *porrigo favosa*), l'ont décrite sous le nom de *porrigo decalvans* et l'ont placée dans l'ordre des maladies pustuleuses, admettant bien à tort l'existence éphémère de petites pustules qui ne se montrent jamais. Cazenave, frappé surtout de la décoloration de la peau, qui se rencontre quelquefois dans les plaques dépourvues de poils, a confondu la pelade avec le *vitiligo*, et l'a désignée sous ce dernier nom. Hebra, qui ne reconnaît pas la nature parasitaire de la maladie, et qui considère la chute des cheveux comme le fait principal, a appelé cette maladie *alopécie aréatée*, et Anderson, qui la rattache aux autres affections parasitaires, lui donne le nom de *teigne aréatée*. Mais il faut bien savoir que, quelles que soient les opinions des divers auteurs sur la nature de la maladie qui va nous occuper, ces diverses dénominations que

nous venons de rappeler s'appliquent à la même affection, laquelle constitue un genre nosologique et clinique parfaitement délimité, que nous n'hésitons pas à placer dans la classe naturelle des maladies parasitaires cutanées, nous appuyant sur les travaux de Bazin et surtout sur les recherches plus récentes de Malassez, lequel nous paraît avoir démontré péremptoirement l'existence du parasite dans les lamelles épidermiques de la peau dénudée de ses poils (1). Bazin avait proposé d'admettre dans la pelade deux variétés de forme, la pelade achromateuse caractérisée par des plaques dénudées d'une couleur blanche rappelant la décoloration du vitiligo, et la pelade décalvante, dans laquelle existerait seulement l'alopécie, sans altération de la couleur de la peau; dans un ouvrage plus récent, Bazin semble même admettre entre ces deux variétés une différence plus radicale, puisque dans la variété achromateuse il n'admettrait pas la nature parasitaire et il considérerait la maladie comme résultant d'une altération spéciale du système nerveux. Pour moi, j'avoue n'avoir pas été frappé par les différences indiquées par Bazin, et je ne considère pas la décoloration de la peau comme un fait assez important pour admettre les espèces proposées par Bazin : aussi je ne décrirai qu'une seule forme de pelade.

Symptômes. — La pelade débute ordinairement par un léger prurit, qui survient à l'endroit où va se développer la maladie ; en même temps, les cheveux deviennent secs, ternes, légèrement pulvérulents, et cèdent à la moindre traction; puis, au bout de quelques jours, ils tombent spontanément, en laissant une place vide. Cette chute des cheveux a lieu très rapidement, et souvent, en l'espace de cinq à six jours, il se forme sur le cuir chevelu ou sur la barbe une ou plusieurs plaques glabres, ordinaire-

(1) Malassez, *Archives de physiologie*, 2e série, t. Ier, 1874, p. 203.

ment arrondies et d'une dimension plus ou moins étendue. Sur ces plaques, la peau est lisse, tantôt d'un blanc laiteux, tantôt d'une coloration normale; assez souvent, surtout dans les premières semaines du début de la maladie, il existe sur ces plaques une légère tuméfaction, une apparence œdémateuse, qui fait quelquefois place, plus tard, à une dépression peu marquée. J'ai dit tout à l'heure que Bazin s'était appuyé sur la présence ou l'absence de décoloration de la peau pour admettre deux variétés distinctes de la pelade; je répéterai que ce caractère, qui ne s'accompagne d'aucun autre phénomène spécial, ni d'aucune modification particulière dans la marche de la maladie, ne me paraît pas suffisant pour motiver la distinction de la pelade en deux variétés.

La dimension des plaques de pelade est très variable; elle diffère depuis un centimètre de diamètre jusqu'à dix, quinze, vingt centimètres. Le nombre des plaques est également différent: tantôt il n'y en a qu'une, mais le plus souvent il y en a deux, trois ou quatre. Ce qui arrive encore fréquemment, c'est que les plaques glabres s'agrandissent, que plusieurs se réunissent et qu'il en résulte une surface très étendue, sur laquelle existe une alopécie complète, et sur laquelle ne se voient que quelques rares cheveux minces, ternes et décolorés; par suite de cette extension successive, tout le cuir chevelu peut ainsi être attaqué; même, dans certains cas, la maladie envahit tout le système pileux et se généralise.

Au début de la maladie, dans les premières semaines et même dans les premiers mois, la plaque de pelade est complètement glabre, la peau est tout à fait lisse, elle ressemble à de l'ivoire; mais un peu plus tard on voit survenir un léger duvet cotonneux, semblable à celui qui recouvre la peau des enfants nouveau-nés, duvet peu adhérent, qui est quelquefois assez fin pour qu'on ne puisse l'apercevoir qu'à l'aide d'une certaine incidence de la lumière.

L'existence de ce duvet paraît constituer la période d'état de la maladie, celle de son entier développement. A ce moment, on ne constate ordinairement aucun phénomène subjectif : la démangeaison qui avait existé au début a cessé, il n'existe aucune douleur, aucune cuisson, aucun phénomène local. Habituellement la santé générale est conservée, et il n'y a aucun trouble des fonctions organiques. Dans certains cas, cependant, lorsque la pelade est assez étendue et surtout lorsqu'elle tend à se généraliser, on constate quelquefois, chez les individus qui en sont atteints, de l'amaigrissement, de la faiblesse musculaire, un peu d'alanguissement des fonctions digestives et quelques symptômes d'anémie.

Le siège le plus ordinaire de la pelade est au cuir chevelu, aux sourcils, aux cils et à la barbe chez les hommes adultes ; la maladie peut se développer également aux aisselles, au pubis, à la partie antérieure de la poitrine chez les hommes ; elle peut même envahir les poils rudimentaires qui existent sur les diverses parties du corps. Le plus ordinairement, comme nous l'avons dit, la pelade est circonscrite à certaines régions, sous la forme d'une ou de plusieurs plaques ; mais dans certains cas, moins rares peut-être qu'on ne le pense, l'alopécie gagne de proche en proche et devient générale ; chez ces malades, il n'existe plus sur toute la surface cutanée que quelques poils follets et quelques traces d'un duvet cotonneux.

Marche. — La pelade se manifeste ordinairement sous la forme d'une petite plaque arrondie sur laquelle les cheveux sont tombés ; cette plaque s'agrandit rapidement ; souvent plusieurs plaques se développent simultanément ou successivement à peu de jours d'intervalle, et, par leur extension graduelle, les cheveux qui séparent chaque plaque tombent et les plaques voisines se rejoignent en formant alors une large surface dénudée.

Toute la tête peut ainsi être atteinte, et l'alopécie

peut être complète; comme je l'ai déjà dit, la pelade peut s'étendre à toutes les régions du corps. Mais le plus ordinairement la maladie est caractérisée par une ou plusieurs plaques de dimension variable, siégeant soit au cuir chevelu, soit à la barbe chez les hommes, soit aux sourcils et aux cils.

La terminaison de la pelade est habituellement heureuse, et alors, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, on voit la plaque s'affaisser, la peau reprendre sa coloration, et sur la place dénudée on commence à apercevoir quelques poils rares, minces, d'une nuance très claire, quelquefois même tout à fait blancs, lesquels peu à peu s'épaississent, se colorent, reprennent la couleur des autres cheveux et finissent par recouvrir la plaque glabre. Successivement, en commençant par les places les plus anciennes, tous les cheveux repoussent ainsi et la guérison est complète. Chez quelques personnes, cependant, aux endroits atteints par la maladie, les cheveux sont plus clairsemés, moins touffus et souvent plus minces; chez d'autres, les poils qui repoussent sont blancs, et cette canitie, tantôt est seulement temporaire, tantôt elle est permanente. J'ai vu souvent les cheveux rester blancs chez les individus d'un certain âge, atteints de pelade; la canitie coïncide alors ordinairement avec une alopécie relative : les cheveux restent minces, clairsemés et blancs, ou même d'une couleur blanche avec un léger reflet rosé.

Enfin, dans des circonstances moins heureuses, et surtout lorsque la maladie n'a pas été traitée méthodiquement, les plaques dénudées persistent en tout ou en partie, et il en résulte une alopécie définitive plus ou moins complète, plus ou moins étendue.

Même lorsque la maladie se termine par la guérison, la durée de la pelade est toujours assez longue, et, alors même que le traitement a été appliqué dès le début, il

ne faut pas s'attendre à voir repousser les cheveux avant deux, trois ou quatre mois. Souvent la maladie se prolonge pendant un ou deux ans et même davantage. On doit savoir encore qu'après la guérison bien complète il n'est pas rare d'observer des récidives, une ou plusieurs années plus tard. J'ai vu plusieurs fois des malades qui semblaient bien guéris présenter ainsi des rechutes pendant plusieurs années de suite.

Examen microscopique. — Lorsqu'on examine au microscope un cheveu pris sur une plaque de pelade, on constate qu'il est généralement atrophié et décoloré et qu'il présente plusieurs dépressions circulaires et plusieurs renflements qui semblent indiquer une sorte de dissociation des fibres longitudinales; l'extrémité libre du cheveu est inégale et renflée, et la racine est mince, pointue ou tronquée, quelquefois elle est courbe et en manière de crosse. Dans le cheveu lui-même, il est bien rare qu'on rencontre de véritables spores, telles qu'elles ont été décrites d'abord par Gruby, puis par Bazin; mais on en trouve dans les pellicules épidermiques qui résultent du grattage fait sur une plaque dénudée et sur les parties de la peau qui l'entourent. C'est à Malassez qu'on doit de connaître le siège précis et les caractères de ce champignon, indiqué en histoire naturelle sous le nom de *Microsporon Audouini*. Dans ces lamelles épidermiques dégraissées avec de l'éther, on voit manifestement, à un grossissement de 400 diamètres, une quantité considérable de spores arrondies ou légèrement ovoïdes, d'un diamètre de 1 à 5 millièmes de millimètre, non accompagnées de mycélium. J'ajouterai que, d'après Malassez, ces spores ressemblent par leur aspect et par l'absence du mycélium, à celles qu'il a rencontrées dans le pityriasis simple de la tête; elles en diffèrent, cependant, par un volume plus considérable, par une forme plus arrondie et plus régulière,

les spores trouvées dans le pityriasis étant d'un diamètre de 1 à 3 ou 4 millièmes de millimètre, étant ovoïdes et comme bourgeonnantes (1). Cette description spéciale des spores pityriasiques ferait croire que dans la pelade, on trouve à la fois les spores régulièrement arrondies de la pelade et les spores ovoïdes plus petites du pityriasis.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pelade est très facile : les plaques blanches, luisantes, complètement dénudées, décolorées et ressemblant à de l'ivoire, ou recouvertes d'un duvet léger, caractérisent tellement la maladie, qu'il suffit d'en avoir vu quelques exemples pour la reconnaître au premier aspect. La surface lisse et exempte d'éruption de la peau aux endroits affectés distingue si bien la pelade des autres éruptions parasitaires du cuir chevelu et des surfaces pileuses, qu'il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel.

Pronostic. — Le pronostic est ordinairement favorable : la pelade n'est pas une maladie grave, elle ne compromet pas la santé générale, mais elle imprime à la tête un aspect bizarre, presque ridicule, qui est pour certaines personnes un sujet d'affliction. La guérison est la terminaison la plus habituelle, et, après un temps toujours assez long, les poils repoussent et l'alopécie disparaît; on doit savoir cependant que souvent, aux endroits qui ont été affectés, les cheveux restent plus clairsemés et quelquefois décolorés. On doit penser encore aux récidives, qui sont assez fréquentes et qui ont lieu quelquefois une ou plusieurs années après la guérison.

Lorsque l'alopécie est ancienne et surtout lorsque la maladie est restée longtemps sans traitement convenable, on peut craindre que les poils ne repoussent pas. Lorsque l'affection décalvante s'étend incessamment et se généralise, la guérison est très longue à obtenir, elle peut se

(1) Malassez, *Archives de physiologie*, 1874, p. 460.

faire attendre plusieurs années; souvent alors elle est incomplète, il reste en certaines régions des places glabres; dans quelques cas même, les malades demeurent atteints d'une alopécie incurable, plus ou moins étendue, quelquefois générale. Le très jeune âge, la vieillesse, la faiblesse de la constitution, les mauvaises conditions hygiéniques, semblent favoriser cette terminaison défavorable.

Étiologie. — Je n'hésite pas à considérer la contagion comme la cause déterminante de la pelade; le développement successif de la maladie dans la même famille, dans des établissements d'éducation, sur des personnes ayant eu des rapports incontestables les unes avec les autres, ne me paraît pas permettre de nier cette influence. Et cependant elle a été rejetée par des auteurs très recommandables, par Cazenave, Devergie, Erasmus Wilson, Tilbury Fox, Hebra, et ce n'est guère qu'en France qu'on croit à la faculté contagieuse de la pelade : Hebra, qui admet que cette maladie est causée par un trouble de l'innervation, s'avance jusqu'à dire que, lorsque plusieurs personnes ont été atteintes de pelade dans la même famille, ce qui arrive fréquemment, on doit alors admettre que le développement de la maladie est le fait d'une disposition héréditaire à une névrose spécifique, comme pour les névroses d'un autre genre (1).

J'ai de la peine à comprendre cette opposition à admettre la nature contagieuse de la pelade en face de faits si fréquents de transmission de cette maladie d'un individu malade à une personne saine, en face de ces épidémies de pelade survenues dans des écoles, dans des asiles après l'arrivée dans l'établissement d'un enfant malade. Pour ma part, j'ai vu si souvent la maladie se communiquer à des membres d'une même famille, à des

(1) Hebra, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 209, traduct. Doyon.

personnes ayant à leur service des domestiques atteints de la maladie décalvante, que je me crois autorisé à admettre que la pelade est contagieuse, quoique jusqu'à présent on n'ait pas pu déterminer expérimentalement sa transmission par des inoculations directes.

La contagion peut avoir lieu d'une manière directe, comme cela arrive en couchant dans le même lit qu'une personne malade, en ayant de fréquents rapports de contact, comme le font les membres d'une même famille, en vivant intimement, ou, comme le font les enfants, en jouant ensemble. Mais le plus ordinairement la contagion est indirecte et a lieu par des objets ayant été en contact avec la partie malade, ou même par l'intermédiaire de l'air. Très souvent la maladie se transmet par des bonnets, des chapeaux, des vêtements, des peignes, des objets de toilette servant à plusieurs personnes; fréquemment c'est chez les coiffeurs et chez les barbiers, dont les peignes et les rasoirs sont employés d'une manière banale, qu'on va chercher la pelade. On peut encore la gagner dans les voitures publiques, dans lesquelles la tête de chaque voyageur est appuyée au même endroit; je suis autorisé à admettre ce mode de contagion, pour avoir vu plusieurs fois la pelade se développer après un voyage. Enfin, dans bien des circonstances, on ne peut trouver l'indice d'aucun contact direct ou indirect, et l'on est bien obligé d'admettre alors que la contagion peut avoir lieu par l'intermédiaire de l'air, dans lequel doivent se répandre des poussières contenant des spores susceptibles de se fixer sur les parties pileuses et de s'y développer, si l'individu est disposé par son état général actuel à être atteint par une maladie parasitaire.

En effet, tout le monde n'est pas apte à contracter la pelade, pas plus que toute autre maladie parasitaire végétale; il faut pour cela une disposition spéciale de l'économie, acquise le plus ordinairement par l'action de

causes débilitantes diverses qui dépriment l'économie. Après le dernier siège de Paris par les armées allemandes, pendant lequel la population, enfermée dans la ville, était profondément déprimée par les privations de tout genre, j'ai vu un grand nombre de pelades dont on pouvait expliquer le développement soit par le séjour dans les corps de garde, soit par la fréquentation des hôpitaux, mais dont la cause principale me paraissait devoir être attribuée à l'influence des circonstances débilitantes au milieu desquelles on se trouvait.

Nature. — Ce que je viens de dire du résultat des recherches microscopiques dans la pelade et de l'étiologie de cette maladie suffit pour justifier l'opinion que je professe sur la place nosologique qu'elle doit occuper ; avec tous les médecins actuels de l'hôpital Saint-Louis, je pense que la pelade est une affection parasitaire due au développement du cryptogame désigné sous le nom de *Microsporon Audouini.* Mais je dois dire que cette opinion est très controversée, et que la plupart des médecins étrangers, s'appuyant sur la difficulté et même, disent-ils, sur l'impossibilité de découvrir le parasite, sur l'insuccès des inoculations et sur les cas nombreux dans lesquels la source de la contagion ne peut être reconnue, considèrent la pelade comme une maladie nerveuse caractérisée par un trouble de nutrition dans la production des cheveux, comme une *tropho-névrose.* A cette manière de voir, développée surtout par Hebra, je crois pouvoir opposer avec avantage les faits nombreux de contagion évidente qui appartiennent à un grand nombre de médecins et surtout les recherches récentes de Malassez, lesquelles, en démontrant l'existence du champignon de la pelade, ont appris qu'il ne se trouve pas dans le poil, où on le cherchait vainement, mais dans les écailles épidermiques de la peau dénudée. Ces raisons me paraissent suffisantes pour qu'on soit en droit d'admettre la pelade comme une

maladie parasitaire; mais en considération du siège du champignon dans les lamelles épidermiques plutôt que dans les poils, j'aurais, comme l'a fait très heureusement Lailler, une certaine tendance à rapprocher la maladie dont il s'agit du pityriasis versicolore, affection dans laquelle le parasite se développe exclusivement dans l'épiderme.

Traitement. — Bazin a appliqué à la pelade le traitement qui réussit si bien dans les autres affections parasitaires du système pileux : il a conseillé l'épilation et l'emploi de lotions et de pommades parasiticides, et je dois dire que de nombreuses guérisons ont été dues à cette thérapeutique rationnelle. Toutefois, des objections ont été faites : on a dit avec raison que l'épilation ne pouvait pas se faire sur une surface complètement glabre, et sur laquelle il n'existait plus de cheveux ; on a cité des cas dans lesquels les moyens parasiticides avaient échoué et dans lesquels on avait réussi avec des agents de la médication stimulante; et aujourd'hui le traitement de la pelade tend à s'écarter un peu de la règle établie pour la thérapeutique des maladies parasitaires. C'est ainsi qu'on a généralement supprimé l'épilation comme inutile et qu'on a cherché surtout à favoriser la reproduction des cheveux à l'aide de la rasure fréquente des parties malades, et par l'emploi de lotions ou de pommades excitantes. Pour ma part, voici le traitement que j'emploie et auquel je dois un grand nombre de succès; il se compose de moyens locaux et de moyens généraux.

Je n'ai pas renoncé complètement à l'épilation : lorsque la maladie est récente, je me trouve bien, dans le but de borner le travail morbide, de faire arracher, autour de la plaque glabre, une couronne de cheveux déjà atteints et destinés à tomber; cette épilation est facile et n'est nullement douloureuse. Après cette opération préparatoire, je fais laver les parties malades matin et soir,

pendant quelques jours, avec une solution de sublimé au 500e ; puis je fais, un peu plus tard, frictionner les mêmes endroits avec une pommade contenant, pour trente grammes d'axonge, deux grammes de turbith minéral et un gramme de camphre. Un peu plus tard, j'emploie le soir cette pommade parasiticide ; puis, le matin, je fais faire une friction avec une liqueur alcoolique stimulante, soit avec le baume de Fioraventi, soit avec un mélange d'alcool camphré, et de teinture de cantharides au dixième. Lorsque les poils commencent à repousser sous la forme d'un léger duvet ou avec l'apparence d'un poil mince et décoloré, je fais raser les parties malades tous les huit ou dix jours ; et comme à ce moment les parasites paraissent avoir disparu, je cesse les pommades parasiticides pour me borner aux frictions stimulantes. Sous l'influence de ces moyens continués avec persévérance, on voit ordinairement les plaques dénudées se recouvrir de poils et la guérison se manifester. Vers la fin de la maladie, lorsque les poils repoussés sont grêles et décolorés, je me suis souvent bien trouvé de les faire épiler ; les poils qui repoussaient ensuite étaient plus forts, plus nombreux, plus colorés. J'ai dit plus haut que l'alopécie était quelquefois remplacée par la canitie, et que les nouveaux cheveux étaient blancs. Dans ces cas, plusieurs fois, chez de jeunes sujets, à la suite d'une ou de deux épilations, j'ai vu les cheveux se reproduire avec une couleur plus foncée, analogue à celle du reste du système pileux.

J'ai rarement constaté l'utilité des vésicatoires volants appliqués sur les plaques chauves, ainsi que le conseille Vidal ; ce serait cependant une ressource dans des cas rebelles.

Mais dans la thérapeutique de la pelade je ne me borne pas à l'emploi des moyens locaux ; j'insiste, au contraire, sur la médication reconstituante générale. En parlant de l'étiologie, j'ai fait une grande part dans le développement

de la pelade à l'influence des causes débilitantes, et je crois indispensable de combattre la dépression de l'économie par des moyens médicinaux et hygiéniques. C'est ainsi que se trouve indiquée l'administration des préparations de fer et de quinquina, de l'huile de foie de morue, des amers, et particulièrement des substances dites antiscorbutiques. Je prescris concurremment les bains sulfureux, dont l'usage m'a paru avoir une action très salutaire sur l'économie. En même temps j'insiste sur une bonne hygiène, en recommandant une nourriture tonique, un peu de vin aux repas, un air suffisamment renouvelé et une habitation convenable. J'ai vu quelquefois des pelades rebelles se terminer par la guérison à l'aide d'un changement d'air et par l'habitation à la campagne ou sur les bords de la mer. Chez les personnes aisées, lorsque la maladie résiste, j'ai souvent déterminé ou consolidé la guérison par l'emploi des eaux minérales, et particulièrement par l'emploi des eaux sulfureuses chaudes, telles que celles de Bagnères-de-Luchon, d'Ax, d'Aix-la-Chapelle, des eaux chlorurées sodiques, telles que celles de Salins, de Salies-de-Béarn, de Kreuznach, d'Ischl, ou même d'eaux ferrugineuses, à Spa, à Schwalbach, à Forges, particulièrement indiquées dans les cas de chloro-anémie coïncidant chez les jeunes sujets des deux sexes avec l'affection parasitaire du système pileux. Je ne saurais trop insister, dans le traitement de la pelade, sur la nécessité de ce traitement général; c'est en l'appliquant d'une manière très suivie que j'ai réussi plusieurs fois à guérir des cas de pelade rebelles, traités antérieurement sans succès par des moyens exclusivement locaux.

Je rappellerai que l'on doit se mettre en garde contre la propagation de la pelade non seulement par l'isolement des personnes malades, mais encore en évitant de se servir des objets de toilette ou d'habillement à leur

usage. C'est surtout dans les écoles, dans les asiles, qu'on devra craindre la contagion ; dans ces établissements, les enfants devront être examinés avec soin, et on ne devra pas hésiter à renvoyer dans leur famille ceux qui seront reconnus atteints de plaques de pelade. C'est en procédant de cette manière dans les lycées de Paris que, depuis quelques années, les épidémies de pelade et de trichophytie y sont devenues plus rares qu'elles ne l'étaient auparavant.

e. Pityriasis parasitaire ou versicolore.

Cette maladie est due à la présence dans les lamelles épidermiques d'un parasite végétal auquel on a donné le nom de *Microsporon furfur ;* ce parasite a été découvert en 1846 par Eichstedt ; et, en 1864, Kobner réussit à l'inoculer sur la peau de l'homme.

Anatomie pathologique. — Les squames du pityriasis versicolore sont jaunâtres, assez épaisses, habituellement imbibées d'une matière grasse sébacée ; à l'aide du microscope on reconnaît facilement, entre les lames de la couche cornée de l'épiderme, le parasite caractérisé par des spores arrondies rassemblées en groupes de forme également ronde et par des tubes de mycélium assez courts dont les articles sont très allongés. Ce parasite est en grande quantité ; il est très facile à distinguer avec un grossissement de 500 diamètres.

Symptômes. — Le pityriasis parasitaire se présente sous la forme de taches colorées en brun ou en jaune, légèrement saillantes au-dessus de la surface de la peau. Les squames qui forment ces taches sont assez adhérentes ; elles se détachent quelquefois spontanément, mais c'est ordinairement par le grattage qu'on les fait tomber en lamelles fines et minces. Ces plaques sont jaunes ou brunes, ordinairement légèrement nuancées, et

j'avais proposé de donner à la maladie le nom plus exact de *pityriasis lutea ;* dans quelques cas rares, elles ont une coloration plus foncée, presque noire, et cette variété, que je n'ai rencontrée qu'une seule fois, constitue le *pityriasis nigra* de Willan et Bateman. Ces plaques squameuses, de forme arrondie ou irrégulière, ont une étendue variable depuis celle d'une pièce de un à deux francs jusqu'à quinze ou vingt centimètres carrés. Elles sont ordinairement en assez grand nombre et disposées dans la même région ; comme elles sont entremêlées de portions de peau saine, elles donnent à la surface cutanée où elles se rencontrent un aspect bigarré, d'où le nom de *pityriasis versicolore.* Quelquefois, les taches, séparées les unes des autres primitivement, se réunissent en augmentant d'étendue et ne forment plus qu'une seule plaque, café au lait, qui recouvre une partie du tronc, ou même le tronc tout entier. Le siège d'élection du pityriasis est le tronc, le cou et la partie supérieure des membres, mais ce siège n'a rien d'exclusif : on peut rencontrer des plaques du pityriasis sur la figure, sur les membres et particulièrement sur les membres supérieurs. C'est à peine si le pityriasis parasitaire donne lieu à quelques démangeaisons ; le plus ordinairement, cette maladie se présente avec une absence complète de symptômes locaux et généraux ; la présence seule des taches révèle son existence.

Une fois développé, le pityriasis versicolore a une grande tendance à envahir les parties voisines, et, s'il vient à disparaître, il récidive avec une grande facilité ; c'est ainsi que, chez certaines personnes, cette affection apparaît tous les ans au printemps ou au commencement de l'été ; elle disparaît au bout de quelque temps, soit à la suite d'un traitement convenable, soit spontanément ; mais l'année suivante, à la même époque, sous l'influence des conditions favorables à son développement, le cham-

pignon, qui n'était pas détruit, repullule, et la maladie se reproduit avec les mêmes caractères.

Le *diagnostic* du pityriasis parasitaire est facile ; la maladie est suffisamment caractérisée par les plaques squameuses colorées qui donnent à la peau cet aspect versicolore particulier que je viens de signaler ; dans les cas douteux, le microscope, en relevant la présence des spores et des tubes appliqués sur des parcelles d'épiderme coloré, enlève toute incertitude. Ces caractères de squames colorées et de spores démontrées au microscope, permettent suffisamment de distinguer le pityriasis versicolore des autres pityriasis non parasitaires pour que je n'aie pas besoin d'insister sur ce diagnostic différentiel. Il est quelquefois plus difficile de distinguer le pityriasis versicolore des éphélides, surtout lorsque les taches du pityriasis sont brunes et que leur nature squameuse est peu accusée ; on devra savoir dans ces cas que les éphélides, constituées par une simple modification du pigment, ne présentent jamais de squames, et que ces dernières, même lorsqu'elles ne sont pas apparentes au premier aspect, se manifestent toujours dans le pityriasis versicolore sous l'influence du grattage. On pourrait encore confondre le pityriasis dont il s'agit avec le vitiligo, en prenant la partie saine pour la partie malade ; un examen un peu plus attentif, l'absence de toute squame, la comparaison de la région atteinte avec les autres parties du corps permettront bien vite de reconnaître l'erreur du premier moment.

Le *pronostic* du pityriasis versicolore est peu grave en ce sens que cette maladie n'entraîne aucun inconvénient dans la santé, qu'elle se développe habituellement sur des parties couvertes par les vêtements et qu'elle cède ordinairement assez facilement aux moyens de traitement ; il faut savoir cependant qu'elle est sujette à récidiver, que, chez quelques personnes, elle présente une résistance

opiniâtre, et qu'elle peut persister pendant plusieurs années, quelquefois même indéfiniment.

L'*étiologie* du pityriasis parasitaire est assez peu connue; cette maladie se développe souvent au printemps et pendant l'été; sa fréquence paraît plus grande dans les pays chauds. Il est assez commun de la rencontrer chez les individus débilités et cachectiques : c'est ainsi qu'on en rencontre de fréquents exemples chez les phthisiques, dans la dernière période de l'affection tuberculeuse. Le pityriasis versicolore est-il contagieux comme les autres maladies parasitaires? C'est une question qui n'est pas encore résolue; en tous cas la faculté contagieuse doit être faible et demander des conditions spéciales pour se manifester, car il n'est pas rare de voir des individus atteints de ce pityriasis, vivre dans une cohabitation habituelle avec d'autres personnes qui demeurent complètement indemnes de toute lésion cutanée.

Traitement. — La thérapeutique du pityriasis parasitaire réclame surtout des moyens locaux, et cette maladie cède bien souvent au seul emploi de bains sulfureux répétés journellement pendant trois ou quatre semaines; on peut y ajouter des onctions faites matin et soir avec une pommade sulfureuse contenant un quinzième de soufre sublimé pour une partie d'axonge : j'ai employé souvent avec avantage les frictions avec la pommade oxygénée du Codex ou mieux avec une pommade contenant vingt gouttes d'acide nitrique pour cinquante grammes d'axonge. Un traitement plus simple encore, et qui réussit quelquefois, consiste dans des frictions quotidiennes un peu rudes avec du savon noir étendu d'eau. On a conseillé encore les lotions avec une solution de sublimé au millième et même les bains de sublimé préparés par l'addition de dix grammes de sublimé dissous dans de l'alcool et ajoutés à un bain ordinaire. Chez les individus débilités, on assurera la guérison et la non-réapparition

de la maladie parasitaire à l'aide d'une médication tonique et d'une bonne hygiène. J'ai vu dans plusieurs cas rebelles, la guérison s'effectuer ou se consolider par l'usage des eaux minérales sulfureuses et particulièrement par celles de Bagnères-de-Luchon, d'Ax ou d'Aix-la-Chapelle.

f. Erythrasma.

A côté du pityriasis circiné, de l'herpès tonsurant et de l'intertrigo simple on a décrit une maladie siégeant habituellement dans les régions inguinales, auquel on a donné le nom d'*érythrasma* et qu'on a considérée comme appartenant à la classe des maladies cutanées parasitaires. Quoique je ne sois pas bien certain de la légitimité de cette nouvelle espèce nosologique, je crois devoir en parler et en reproduire la description donnée récemment.

L'érythrasma a été indiqué pour la première fois par Burchardt en 1859, puis par Baerensprung en 1863 et par Kobner ; ces auteurs ont attribué le développement de cette éruption à un parasite auquel ils ont donné le nom de *Microsporon minutissimum* à cause de ses petites dimensions ; Besnier a eu occasion d'en reconnaître plusieurs exemples dans son service à l'hôpital Saint-Louis, et le premier en France a appelé l'attention sur cette maladie, confondue jusque-là avec d'autres affections squameuses ; enfin tout récemment, dans les *Annales de dermatologie et de siphyligraphie* (décembre 1883), Balzer a esquissé une description complète de cette affection en y joignant une planche destinée à en reproduire le parasite, d'après ses propres recherches.

Symptômes. — L'érythrasma se développe presque exclusivement dans la région inguino-scrotale ; on peut le rencontrer cependant dans les plis des aisselles et du cou

aux flancs et aux membres, ainsi que cela a été observé dans un cas de Besnier. Jusqu'à présent on ne l'a jamais vu sur les parties de la peau ordinairement découvertes.

La maladie se présente sous la forme de plaques plus ou moins arrondies, d'un diamètre de un à trois centimètres, qui peuvent s'étendre encore davantage par la réunion de plusieurs plaques primitivement isolées. La coloration de ces disques est brune ou jaunâtre, et dans les cas anciens la nuance est plus foncée et paraît due à une pigmentation exagérée de la peau. Quelquefois, autour de la plaque ou au-dessous d'elle, il existe une couleur rouge, une apparence d'érythème qui doit tenir à une inflammation concomitante du corps muqueux et du derme. Sur ces plaques ainsi colorées en brun, l'épiderme est sec, rugueux et légèrement soulevé ; avec le doigt promené légèrement sur cette saillie on peut quelquefois sentir à ses contours une inégalité, une sorte d'arête formée par les bords de la plaque. Malgré ce soulèvement épidermique, l'adhérence à la couche cornée persiste, il y a peu de squames et l'épiderme est difficile à arracher.

L'érythrasma est ordinairement indolent, c'est à peine si quelques malades accusent un léger prurit; et le plus ordinairement les personnes atteintes de cette affection n'en souffrent pas, ne s'en plaignent pas et souvent elle passe inaperçue des médecins.

Une fois développée, la maladie persiste avec une grande ténacité et peut se prolonger indéfiniment, le plus souvent en gardant toujours le même siège, dans les environs de la région inguinale, quelquefois en s'étendant dans les parties voisines, ou même, ainsi que je l'ai dit, en se développant dans divers endroits et en affectant de préférence les parties cutanées où existent des plis.

Anatomie pathologique. — A cause de ses petites dimensions le parasite de l'érythrasma est difficile à ob-

server et à reconnaître ; cependant, après avoir fait macérer les plaques dans l'éther et en les traitant par la potasse à 40 pour 100, ou en les colorant avec l'éosine ou le bleu de quinoléine, Balzer est parvenu à les bien examiner et à les décrire. C'est d'après ses recherches que j'indiquerai que le *Microsporon minutissimum* est composé de spores, très petites, rondes ou elliptiques, formées d'un noyau ponctiforme et d'une enveloppe cellulosique homogène et transparente, de tubes flexueux, très nombreux, très grêles, quelques-uns vides, la plupart remplis de spores, lesquelles spores se voient d'ailleurs en dehors des tubes soit isolées, soit réunies en groupes. Ces spores et ces tubes ne se retrouvent que dans la couche cornée de l'épiderme, on ne les a jamais rencontrés dans la couche de Malpighi. Sauf la petitesse de ses éléments, le parasite de l'érythrasma ressemble au *Microsporon furfur* du pityriasis versicolore.

Diagnostic. — L'érythrasma se distingue des autres affections cutanées squameuses ou maculeuses par l'existence de ses plaques brunes, sèches, non squameuses, un peu rugueuses, bien délimitées, par l'absence de tout phénomène subjectif, particulièrement de prurit, et par son siège habituel à la région inguino-scrotale. Dans cette région on pourrait le confondre avec l'intertrigo, mais la rougeur de cette dernière affection, sa forme régulière et arrondie sur les parties qui se touchent, son apparence squameuse, son humidité fréquente, son prurit souvent très vif sont des caractères qui permettront de faire le diagnostic. Lorsque l'érythrasma est diffus et lorsqu'il est répandu dans diverses régions, le diagnostic est plus difficile et on pourrait le confondre avec le pityriasis rubra, et surtout avec l'eczéma sec en plaques ; là encore la coloration brune des taches, leur sécheresse, l'absence de desquamation, l'absence de prurit et la coïncidence de plaques semblables aux aines permettront

de reconnaître l'existence de l'érythrasma. Dans des cas douteux l'examen microscopique fait méthodiquement trancherait la question en ne faisant reconnaître aucune trace de parasite dans l'eczéma et dans le pityriasis herpétique. Quant au pityriasis versicolore, ses plaques sont trop jaunes, trop étendues, trop squameuses pour qu'on puisse les confondre avec celles de l'érythrasma, et si les parasites de l'une et de l'autre affection recherchés au microscope se ressemblent, les dimensions si exiguës du *Microsporon minutissimum* comparées à celles du *Microsporon furfur*, permettront d'en faire la différence. Dans certains cas de pityriasis versicolore on trouve bien parfois quelques éléments, spores ou tubes, très minces, mais à côté de ceux-là, il en existe d'autres plus volumineux et d'une dimension ordinaire ; ce qui ne se rencontre pas dans l'érythrasma, où tous les éléments sont grêles.

Pronostic. — L'érythrasma mérite à peine le nom de maladie ; il n'est accompagné d'aucune sensation douloureuse ; il ne se développe ordinairement que sur des régions peu apparentes et il n'attaque jamais les parties découvertes. On comprend donc que les personnes qui en sont atteintes ne s'en occupent pas. Mais cependant il faut savoir que cette affection est très tenace, qu'elle est sujette à récidiver et qu'elle peut s'étendre à différentes régions.

Traitement. — Les moyens de traitement destinés à combattre l'érythrasma sont tous locaux ; ils consistent dans des lotions alcalines, dans des applications de teinture d'iode et particulièrement dans des lavages répétés avec du savon noir étendu d'eau.

Ces moyens doivent être employés pendant longtemps, et doivent même être continués après la disparition des plaques dans le but de prévenir une récidive.

§ 2. — Maladies parasitaires causées par la présence de parasites animaux.

Les parasites animaux qui peuvent produire des maladies cutanées se divisent en deux catégories : la première comprenant ceux qui s'introduisent dans l'épaisseur de la peau et y séjournent soit d'une manière habituelle, soit accidentellement, ce sont les *dermatozoaires;* la seconde, dans laquelle se rangent les parasites qui ne pénètrent pas dans l'intérieur de la peau, mais qui y puisent leur nourriture, qui la piquent, l'irritent et y déterminent ainsi une inflammation qui se traduit par des éruptions; on leur a donné le nom d'*épizoaires*. Dans la première classe se rangent l'acare de la gale, l'acare des follicules, la puce du sable, le rouget, la filaire de Médine, etc.; et dans la seconde, on trouve les poux, les puces, les punaises, les moustiques et quelques autres insectes; je vais entrer dans la description des maladies déterminées par la présence de ces divers parasites et caractérisées par les lésions qu'ils produisent sur la peau.

§ 1. — Dermatozoaires.

a. Gale.

Définition, historique. — La gale est une affection cutanée causée par la présence d'un animal parasite appelé acare (*Acarus scabiei*), et caractérisée par des démangeaisons ainsi que par des lésions variées de la peau.

Il est très difficile de savoir à quelle époque cette maladie a commencé à être connue et à être distinguée des autres affections de la peau. Bourguignon et Hebra, citent des versets du Lévitique pour prouver que la gale existait chez les Hébreux; Hippocrate parle de la psore

(ψώρα), qu'il considère plutôt comme une souillure que comme une maladie (1); Aristote mentionne non seulement l'existence de la gale, mais encore celle de petits animaux qu'on rencontre dans de petites vésicules cutanées; les auteurs classiques latins, Cicéron, Horace, Juvénal, emploient le mot *scabies* d'une manière métaphysique, pour désigner une chose ou un acte immondes. Mais, dans tous ces passages, était-ce bien la gale véritable dont il était question? Les médecins grecs désignaient sous le nom de psore (ψώρα) les maladies humides de la peau, et sous le nom de lèpre (λέπρα) les éruptions sèches; chez les latins, le mot *scabies* était synonyme du mot grec *psore;* mais, si la gale était connue, elle était confondue avec les autres maladies cutanées, on ne savait pas la distinguer, et nulle part, dans les auteurs anciens, on n'en trouve une description exacte et séparée. Il faut certainement arriver jusqu'aux médecins arabes pour trouver les premières notions précises sur la gale. Rhazès, Haly-Abbas, Avicenne décrivirent une maladie contagieuse de la peau, accompagnée de démangeaisons; Avenzoar alla plus loin et indiqua l'existence d'une maladie causée par la présence d'un petit animal. appelé par le peuple *soab;* il dit : « *Syrones sunt pedicelli, subter manuum, crurum et pedum cutem serpentes, et pustulas ibidem excitantes aqua plenas; tam parva animalcula, quam vix visu perspicaci discerni valeant.* » Hebra, qui cite cette phrase, ajoute qu'il ne sait pas si l'indication de ces petits animaux doit se rapporter aux acares ou aux poux, et il penche à croire que cette description appartient plutôt à la phthiriase qu'à la gale; j'avoue, pour ma part, que je ne saurais partager cette opinion : la mention de l'exiguïté de volume de ces petits animaux (*quam vix discerni valeant*), l'indication de leur siège d'élec-

(1) Hippocrate, *Œuvres des Affections,* traduct. par E. Littré. Paris, 1849, t. VI, p. 247.

tion aux pieds et aux mains, me paraissent se rapporter bien mieux aux acares qu'aux poux facilement visibles à l'œil nu, et qu'on ne rencontre habituellement ni aux pieds ni aux mains. Je ne fais donc pas difficulté de reconnaître que les médecins arabes ont clairement indiqué pour la première fois l'existence de la gale, et que, parmi eux, Avenzoar, qui vivait dans le douzième siècle, a signalé d'une manière très nette la présence des acares dans cette maladie.

A partir de cette époque, la gale est bien connue comme maladie distincte; mais tout l'intérêt historique roule sur l'existence de ces animaux parasites, tour à tour admise et rejetée par les différents auteurs qui se sont succédé. Après les œuvres des écrivains arabes, il semble d'abord que les cirons de la gale soient généralement connus; à la fin du quatorzième siècle, Guy de Chauliac les décrit de cette manière : « *Syrones sunt animalia parva facientia vias sinuosas, corrodendo inter carnem et cutem, potius in manibus otiosorum.* » Dans un ouvrage publié à Venise, en 1533, par Alexander Benedictus, professeur à Padoue, il est dit : « *In manibus quidam exilis pedicellus certe minor sub cute serpit* (1). » Dans les auteurs du seizième siècle, ces connaissances sont encore plus positives : Ambroise Paré, Rabelais, Ingrassias de Naples, mentionnent les cirons de la gale; dans Ambroise Paré on trouve ce passage : « *Les cirons sont petits animaux cachés dans le cuir, sous lequel ils se traînent, rampent et le rongent petit à petit, excitant une fascheuse démangeaison et gratelle.* » « *Ces cirons doivent se tirer avec espingles ou aiguilles* (2) ». Ingrassias spécifie les parties du corps sur

(1) Benedictus, *De re medica.* Venetiis, 1533.

(2) Ambroise Paré, *Œuvres complètes,* édition Malgaigne. Paris, 1841, t. III, p. 269, chap. VI.

lesquelles on trouve le plus communément les cirons. En 1584, à Francfort, Fallope mentionne également les petits animaux de la gale ; en 1592, Gulielme Rondelet, en décrivant les diverses espèces de poux, indique comme appartenant au troisième genre, le ciron de la gale : « *Tertium, quod cyrones vulgo appellant, qui nunquam extra erumpunt et semper intra cutem et cuticulum habitant.* » Vers la même époque, en 1577, Laurentius Joubert écrit également : « *Sunt cyrones dicti, omnium minimi, semper sub epidermide latentes, sub qua serpent* (1). » Il semble, par ces passages qu'on pourrait multiplier, que l'existence de la présence des acares dans la gale fût une chose bien connue ; et cependant il ne paraît pas que les médecins qui s'occupaient des maladies de la peau fussent bien familiarisés avec les recherches que je viens de mentionner. C'est ainsi qu'on peut s'étonner à bon droit de voir Mercuriali (2) parler de la gale comme d'une maladie causée par des humeurs perverties ; il la considère comme une affection de l'organisme entier et particulièrement du sang, et il admet que la gale est contagieuse, parce que les liquides contenant le principe contagieux sont déposés sur ou dans la peau.

Cette manière de voir de Mercuriali n'arrêta d'ailleurs en rien les recherches relatives aux acares, je ne dois pas oublier de citer l'ouvrage de Thomas Mouffet. Parlant des animalcules, il dit que les Anglais les appellent *mites* (en allemand *Milben*) lorsqu'on les trouve dans le fromage, dans les livres, dans le vieux bois ; mais que, lorsque ces animaux se rencontrent sur l'homme, on les appelle en anglais *wheats*, *worms*, en allemand *Sauren*, en français *cyrons*, en latin *pedicelli* (3). Il ajoute qu'il

(1) Laurent Joubert, *De affectibus pilorum et cutis*. Genovæ, 1572. — Lugduni, 1577.

(2) Mercuriali, *De morbis cutaneis*, publié à Venise, en 1601.

(3) Mouffet, *Theatrum insectorum*. Londini, 1634.

a vu le cyron de la gale, et qu'il ne réside pas dans les pustules, mais à côté : « *Hoc est observandum, cyrones istos non ipsis pustulis, sed prope habitare.* » Vers la même époque, la découverte du microscope, qui date de 1619, donna lieu à de nombreuses études sur les petits animaux, et le parasite de la gale ne fut pas oublié. Hauptmann publia le premier un dessin très incorrect de l'acare (1) ; Borellus parla de cet animal comme ressemblant à une tortue ; Michael Ettmuller en publia une figure plus exacte que celle de Hauptmann. Mais, en 1687, Cosimo Bonono, dans une lettre adressée à Redi, donna de la gale et des acares une description tellement exacte qu'il n'est pas permis de la passer sous silence (2). Dans cette œuvre remarquable, d'après ses propres observations et d'après celles de Cestoni, Bonono décrit les vésicules et les sillons de la gale ; il parle de la forme de l'acare ; il indique même avoir vu un de ces animalcules pondre un œuf au moment où il l'avait placé sous le champ du microscope et où il en faisait une esquisse. Bonono et Cestoni arrivent à cette conclusion pratique que la gale n'est pas causée par l'âcreté des humeurs, mais qu'elle est due à la présence d'un animal, lequel, rongeant la peau, amène des éruptions et des démangeaisons qui forcent les malades à se gratter ; par suite de ce grattage naissent des excoriations et des croûtes ; la contagion est le résultat du passage de l'animal d'une personne à une autre. Et pour guérir cette maladie, les remèdes internes sont inutiles, mais il faut avoir recours à des bains salés, à des pommades contenant du soufre, du mercure, du vitriol, en un mot à des moyens externes destinés à tuer ces animaux.

(1) Hauptmann, *Uralter Volkensteinischer Wurmer Bad- und Wasser-Schatz.* Leipzig, 1657.

(2) Bonomo. *Observazioni interno si pellicelli del corpo umano.* Florence, 1687.

N'est-ce pas là ce que nous enseignons aujourd'hui, et en face de ces notions si claires et si nettes sur la gale et sur sa nature, ne doit-on pas s'étonner et s'affliger de toutes les erreurs accumulées entre cette époque et la nôtre; et pour expliquer ces erreurs, n'a-t-on pas besoin de réfléchir que la vérité scientifique ne s'établit définitivement qu'après de nombreuses oscillations?

Plus tard, en 1734 et 1746, Linné reconnaît l'insecte de la gale, et le classe sous le nom d'*Acarus humanus subcutaneus*. Cette opinion trouva des partisans dans tous les pays de l'Europe, et la véritable nature de la gale fut reconnue en Allemagne, par Wilhelm Reichart, en Italie, par Pallas et Morgagni, en Espagne, par Casal, en France, par Geoffroy, en Suède, par Rosenstein ; mais, malgré tous ces travaux, la cause de la gale reste toujours ignorée de la plupart des médecins, et Lorry, qui écrivait en 1777 un ouvrage très estimé sur les maladies de la peau (1), décrit la gale comme une maladie de cause interne causée par l'acrimonie du sang, et s'élève contre les médecins qui la considèrent comme une affection vermineuse (*credunt a verminibus pendere scabiem*).

C'est vers la fin du dix-huitième siècle que parut la première figure exacte de l'acare, due à de Geer, entomologistes suédois, et à Wichmann (2), cent ans environ après la lettre de Bonono à Redi, dans laquelle sont si bien décrits tous les détails relatifs à l'acare et aux éruptions qu'il amène. Et cependant à ce moment, Willan, le véritable créateur de la dermatologie moderne, n'admet pas l'acare comme cause de la gale; et son disciple Bateman, tout en relatant les recherches relatives à l'acare (3), et en admettant que certainement on a

(1) Lorry, *Tractatus de morbis cutaneis*. Parisiis, 1777.

(2) Wichmann, *Ætiologie der Krätze*. Hannover, 1786 ; 2te Auflage 1791, in-8° mit 1 Tafel.

(3) Bateman, *Practical Synopsis of cutaneous Diseases according to the arrangement of Dr Willan*. London, 1813 ; 7th edit. 1829.

trouvé quelquefois des animalcules sur des galeux, ne peut consentir à considérer leur présence comme nécessaire et constante, et paraît porté à se ranger à l'opinion de Sauvage, qui considère la gale dans laquelle on trouve des acares comme une espèce particulière, et qui la désigne sous le nom de *scabies vermicularis*.

En France, ces recherches furent reprises au commencement de ce siècle ; en 1812, un pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, Galès, annonça qu'il avait trouvé l'acare ; il le montra, et il réussit à déterminer la production de la gale chez lui en déposant sur son bras des acares vivants (1). On crut à ce moment la question résolue ; mais Raspail, qui s'occupait alors de travaux scientifiques et microscopiques (2), soutint que l'animal considéré et montré par Galès comme l'acare de la gale ressemblait complètement à la mite du fromage, et Galès fut, peut-être à tort, considéré cemme un imposteur. Après ces tentatives malheureuses, la cause de la nature parasitaire de la gale fut perdue en France, où, d'ailleurs, à cette époque, étaient peu répandues parmi les médecins les connaissances bibliographiques de littérature médicale étrangère, et où étaient peu connus les travaux antérieurs d'histoire naturelle que nous avons cités. Les médecins les plus autorisés en dermatologie ne croyaient pas à la présence d'un acare dans la gale, et traitaient de rêverie l'opinion de quelques naturalistes sur ce point. L'insecte de la gale était pour eux un sujet de plaisanterie, lorsqu'en 1834, un Corse, étudiant en médecine à Paris, Renucci, entendant à l'hôpital Saint-Louis nier l'existence de l'acare de la gale, affirma que dans son

(1) Galès, *Essai sur le diagnostic de la gale, sur ses causes et sur les conséquences médicales pratiques à déduire*. Paris, 1812, in-4°. — *Mémoires, rapports et observations*. 1816 ; 2e édit., 1824.

(2) Raspail, *Mém. compar. sur l'histoire natur. de l'insecte de la gale*. Paris, 1834, in-8°, reproduit in *Bulletin de thérap.*, 1834, t. VII, p. 169. — *Nouveau système de chimie organique*. Paris, 1838, t. II, p. 598, pl. XV.

pays on croyait au parasite, et qu'il se faisait fort de démontrer son existence en saisissant le petit animal à la pointe d'une aiguille : ce qu'il fit, en effet, à plusieurs reprises et à volonté, en enseignant que l'acare se trouve à l'extrémité d'un petit sillon irrégulier, et non dans les vésicules ou dans les pustules (1). A partir de ce moment, la nature de la gale fut définitivement reconnue, et si quelques médecins conservèrent encore des doutes, ce ne fut que par habitude et par esprit d'opposition à une découverte à laquelle ils n'avaient pas participé. Les travaux ultérieurs les plus récents eurent pour but principal, d'un côté, la connaissance plus approfondie de l'anatomie et de la physiologie de l'acare, et de l'autre, le traitement scientifique de la gale basé sur les connaissances d'histoire naturelle. Je dois signaler dans ce sens un mémoire d'Albin Gras (2), presque contemporain de la découverte définitive de l'acare en France, et un travail de Eichstaedt (de Greifswald) (3), en 1846, dans lequel l'auteur décrit les œufs de l'acare et indique pour la première fois l'existence d'un animalcule plus petit, qu'il suppose être le mâle, lequel, au lieu de former un sillon, se cache sous l'épiderme ; dans cet ouvrage, il donne également la description du petit acare, qu'il indique comme une larve à six pattes. Vers la même année, également en Allemagne, Kramer signale de nouveau l'existence de l'acare mâle, quelques années avant Lanquetin, qui eut le mérite de le décrire et de le montrer à Paris en 1852 (4).

(1) Renucci, *Découverte de l'insecte qui produit la contagion de la gale* thèse de doctorat. Paris, 6 avril 1835.

(2) Albin Gras, *Recherches sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme*, Paris, 1834, in-8°.

(3) Eichstaedt (de Greifswald), *Froriep's Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde*. Weimar, 1846.

(4) E. Lanquetin, *Notice sur la gale et sur l'animalcule qui la produit*. Paris, 1859, gr. in-8°.

Pour terminer ce long historique, j'indiquerai encore une thèse intéressante d'Aubé, qui, le premier, considéra l'acare comme un animal noctambule, et expliqua ainsi les démangeaisons plus vives de la gale pendant la nuit ; un mémoire très intéressant de Bourguignon sur l'histoire naturelle de l'acare, sur les symptômes, la marche et le traitement de la gale (1); plusieurs travaux très importants d'Hebra sur différents points de l'histoire de la gale et particulièrement sur l'existence d'une espèce particulière de gale qu'il a décrite sous le nom de *scabies norvegica* (2). Je mentionnerai aussi un travail d'histoire naturelle très estimé en Allemagne, celui de Furstenberg (3) cité avec éloges par Hebra. Enfin je dois indiquer les travaux pratiques de Bazin (4) et les miens sur le traitement rapide de la gale (5), travaux qui ont amené des progrès incontestables dans la thérapeutique de cette maladie.

Symptomatologie. — La gale débute habituellement

(1) Bourguignon, *De la contagion de la gale et de son traitement*, Mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 11 novembre 1850 (*Recueil de mémoires de médecine vétérinaire*, 1850, 3e série, t. VII, p. 1009 et 1851, t. VIII, p. 31. — *Traité entomologique et pathologique de la gale de l'homme* (*Mémoire de l'Académie des sciences : savants étrangers*. Paris, 1854, t. VII). Le tirage à part, 1852, contient seul la partie médicale. — Bourguignon et Delafond, *Recherches sur les animalcules de la gale de l'homme et des animaux et la transmission de la gale des animaux à l'homme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1857, t. XXIII).

(2) Hebra, *Medizinische Jahrbücher der Œsterr. Staaten*. Wien, 1844, Band XLVI u. XLVII. — *De la gale* (*Annales des malad. de la peau*, 2e année, 2e volume. Paris, 1844, p. 112. — *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in* Wien. 1852. — *Hautkrankheiten* (*Virchow's Handbuch der sp. Pathologie und Ther.*). Erlangen, 1860; traduction française par Doyon. Paris, 1871-1872.

(3) Furstenberg, *Die Kratzmilben des Menschen und der Thiere*. Leipzig, 1861.

(4) E. Bazin, *Nouveau traitement de la gale* (*Union médicale*, 9 juillet 1850). — *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 2e édition. Paris, 1862.

(5) Hardy, *Société médicale des hôpitaux*, 9 juillet 1851, 28 janvier 1852 et *Union médicale*, 1852, p. 124. — *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 407 et 411. — *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1858.

par quelques légères démangeaisons qui se font sentir pendant la nuit, principalement le soir, peu de temps après le coucher, et le lendemain matin de très bonne heure. Ces démangeaisons sont d'abord assez légères, d'une durée peu considérable, et elles se calment après un court grattage ; mais bientôt elles augmentent d'intensité et de durée, et elles peuvent acquérir un tel degré que les malades ne peuvent plus se livrer à aucun repos et qu'ils sont tourmentés par le désir incessant de se gratter, désir auquel ils résistent rarement. Cette démangeaison, qui forme le symptôme le plus caractéristique de la gale, s'accompagne quelquefois d'un sentiment de chaleur et de cuisson qui augmente également pendant la nuit; l'intensité de ces phénomènes est en rapport avec l'ancienneté de la maladie et avec le tempérament du malade : les personnes nerveuses sont ordinairement plus éprouvées par les démangeaisons et les douleurs que les sujets lymphatiques ; chez quelques rares malades atteints de gale, la démangeaison peut manquer, ou n'exister qu'à un degré très peu marqué.

En même temps que se développent la démangeaison et le phénomène réflexe qui la suit, c'est-à-dire le grattage, on voit apparaître sur diverses régions du corps des éruptions qui sont liées à la gale. Je signalerai d'abord le prurigo, caractérisé par de petites papules sèches recouvertes à leur extrémité d'une légère croûte noire; cette éruption peut se rencontrer partout, mais on la trouve surtout aux avant-bras, à la face antérieure de l'abdomen et aux faces interne et antérieure des cuisses. Dans la gale ancienne, les papules du prurigo sont quelquefois très nombreuses; elles sont répandues sur la plus grande partie du corps, et elles peuvent acquérir un volume assez considérable. A côté des papules incontestables du prurigo on trouve aussi, souvent, de petites taches rouges, arrondies, d'un très petit volume

et recouvertes d'une légère croûte jaune ou brune, moins foncée que celle du prurigo. Ces lésions paraissent appartenir à des papules ou à des vésicules d'une petite dimension dont le sommet a été excorié par le grattage. Cette éruption se rencontre surtout aux poignets, à la face interne des avant-bras, autour des aisselles, vers les aines et aux jarrets. Ces éruptions prurigineuse et vésiculo-papuleuse sont très communes dans la gale ; d'après mes observations, elles ne manqueraient qu'une fois sur cent malades.

Très fréquemment encore, on trouve des vésicules entières, plus grosses, du volume d'un grain de millet et même d'un grain de chènevis, parfaitement arrondies, contenant un liquide citrin, transparent, quelquefois un peu opalin. Ces vésicules sont rarement nombreuses ; elles sont habituellement isolées, et, lorsqu'il en existe plusieurs dans la même région, elles restent distinctes sans se confondre ; elles diffèrent de celles de l'eczéma par leur volume plus considérable et par leur isolement. Elles se rencontrent presque exclusivement aux mains, principalement à la face antérieure des poignets, sur les faces latérales et dans les interstices des doigts; on peut en voir également aux pieds. A côté des vésicules entières, on voit quelquefois une petite croûte ou une lamelle épidermique attestant l'existence antérieure d'une vésicule rompue. Ces éruptions vésiculeuses se rencontrent huit fois sur dix cas de gale.

Chez quelques malades, outre les éruptions papuleuses et vésiculeuses que je viens d'indiquer, on rencontre encore, en nombre plus ou moins considérable, des pustules d'ecthyma, principalement caractérisées par leur dimension assez large, par leur forme régulièrement arrondie, par l'auréole franchement inflammatoire qui les entoure et par le point noir qui existe à leur centre. Ces pustules se trouvent surtout aux mains, puis

aux fesses et aux pieds ; on en voit quelques-unes au ventre et aux membres, mais elles sont beaucoup plus rares à ces dernières régions dans la gale que dans la phthiriase. Cette forme particulière de la gale a été désignée par quelques auteurs sous le nom de gale pustuleuse ; Bateman la décrit sous le nom de gale purulente (*scabies purulenta*). Cette variété est commune chez les enfants ; il est même rare que chez eux la gale existe sans qu'il se produise quelques pustules d'ecthyma, principalement aux mains et aux régions que je viens d'indiquer ; on la rencontre encore assez souvent chez les sujets adultes de l'un et de l'autre sexe qui présentent les caractères d'un tempérament lymphatique ou qui sont affaiblis par des causes débilitantes.

A côté de l'ecthyma, je dois placer encore une éruption pustuleuse caractérisée par des pustules plus petites et moins régulières que celles de l'ecthyma, lesquelles pustules se rompent assez vite, se confondent et se recouvrent, par la sécrétion d'un liquide plastique, d'une croûte jaune ou brune assez analogue à celle de l'impétigo. Cette éruption pustuleuse, qui m'a paru spéciale à la gale, se voit principalement aux coudes et aux fesses. L'existence de quelques pustules et d'une croûte aux coudes est pour moi une raison suffisante de soupçonner l'existence de la gale.

Je dois dire encore quelques mots d'une éruption beaucoup plus rare, que j'ai rencontrée quelquefois, et qui est également signalée par Hebra : je veux parler de petites élevures rouges, allongées, susceptibles de paraître et de disparaître successivement, lesquelles se développent principalement à la partie supérieure des bras, aux épaules et au tronc. Ces élevures appartiennent à l'urticaire, et particulièrement à la variété décrite sous le nom d'*urticaria subcutanea*. Mais je dois ajouter que cette éruption est surtout commune dans la phthiriase et que

dans la gale même elle est peut-être due à la présence de quelques poux.

En même temps qu'existent quelques-unes de ces lésions cutanées que nous venons d'indiquer, on peut encore rencontrer des éruptions de lichen, d'eczéma, de pityriasis et d'impétigo. Ce sont de véritables complications qui viennent s'ajouter aux éruptions spéciales à la gale et qui souvent en rendent le diagnostic plus difficile. Cette forme a été décrite par Bateman sous le nom de gale cachectique (*scabies cachectica*). L'eczéma et l'impétigo peuvent se rencontrer partout, même sur la figure ; mais on les observe principalement aux mains, aux avant-bras, aux fesses, aux aisselles et aux jarrets. Chez les femmes, l'eczéma du mamelon et de la partie médiane du sein est si fréquemment observé, que l'existence d'un eczéma du sein doit faire penser à l'existence de la gale. On peut rencontrer l'eczéma des seins chez l'homme, mais il est plus rare.

Enfin j'indiquerai encore comme des lésions accessoires, des furoncles, des abcès dermiques et des excoriations tantôt linéaires, tantôt arrondies. Dans ces cas si compliqués, toute la peau se trouve souvent altérée, la tête exceptée, et il est très difficile alors de distinguer le genre de la maladie ; les véritables caractères de la gale disparaissent sous cette multitude de lésions cutanées.

Ces diverses éruptions que je viens d'indiquer sont secondaires ; elles sont consécutives à la présence du parasite de la gale. Je dois maintenant indiquer ce qui se rapporte à ce parasite sans entrer toutefois dans des particularités d'histoire naturelle. L'animal qui produit la gale par sa présence sur la peau, l'*Acarus scabiei*, a été placé dans la famille des acariens, de la classe des arachnides ; il est d'une couleur blanchâtre, d'une forme arrondie, un peu ovale ; sa longueur est à peu près d'un

tiers de millimètre et sa largeur d'un quart de la même mesure. Il est visible à l'œil nu lorsqu'on le place sur un morceau de verre ou sur une surface lisse de couleur foncée. On l'aperçoit alors comme un petit point blanc, et avec une loupe on peut distinguer à une de ses extrémités un point plus foncé, qui est la tête, et sur ses bords des poils qui appartiennent à ses pattes. A la loupe et

Fig. 8. — Sarcopte femelle. — *a*, son œuf.

même à l'œil nu, s'il est vivant, on peut le voir se mouvoir et changer de place avec une assez grande rapidité. Au microscope, avec un grossissement de 25 à 50 diamètres, on distingue très facilement les détails extérieurs de son organisation : la face dorsale, arrondie, laisse apercevoir des taches, des lignes, ainsi que des poils ; sur la face ventrale, également convexe, on voit quatre pattes de chaque côté, deux antérieures, deux postérieures, les premières garnies d'un tube armé d'une ventouse, les dernières se terminant par un poil. A une des extrémités, on voit la tête portant les organes de la

manducation; à l'extrémité opposée, se trouvent l'anus et les organes sexuels (fig. 8 et 9).

Cette description sommaire s'applique à l'acare femelle qu'on rencontre en plus grand nombre et qu'on extrait plus facilement; le mâle est plus petit que la femelle, sa longueur est d'un cinquième de millimètre, sa largeur d'un sixième de millimètre; son apparence est de même

Fig. 9. — Sarcopte femelle (face dorsale).

testudiforme, mais un peu plus aplatie et moins régulière; il présente à la dernière paire des pattes postérieures un ambulacre armé d'une ventouse, tandis que la femelle est pourvue d'un long poil aux mêmes pattes; sur la face abdominale, près de l'extrémité postérieure, il est encore possible de distinguer entre les épimères des pattes les organes génitaux formant des saillies distinctes (fig. 10). J'ajouterai que les larves ou jeunes animaux sont beaucoup plus petits que les acares, leurs pattes sont moins distinctes, quelques naturalistes ont dit qu'elles n'étaient qu'au nombre de six. Les œufs sont de

forme ovoïde et mesurent $0^{mm},168$ de longueur, sur $0^{mm},114$ de largeur.

L'acare mâle se place habituellement sous des écailles épidermiques ou sous des croûtes ; les larves sont sous l'épiderme ou libres ; les acares femelles fécondées creusent dans l'épaisseur de l'épiderme une sorte de galerie dans laquelle elles déposent leurs œufs. Cette galerie est appelée sillon ou *cuniculus* et mérite une description détaillée, car c'est sur sa présence que repose presque exclusivement aujourd'hui le diagnostic de la gale.

Fig. 10. — Sarcopte mâle (face ventrale).

Aux poignets, à la partie inférieure de l'avant-bras et principalement aux différentes parties constituantes de la main, le sillon se présente sous la forme d'une petite ligne grise souvent ponctuée de points plus foncés, apparente à l'œil nu, mais dont les détails doivent être observés à la loupe ; sa longueur varie de deux à trois millimètres jusqu'à deux, trois, quatre et même cinq centimètres ; sa direction est bien rarement droite, elle est ordinairement plus ou moins contournée de manière à figurer une virgule, un S, un fer à cheval ; les lignes suivantes me paraissent représenter son aspect le plus habituel.

Chaque sillon offre deux extrémités, qu'il est ordinairement assez facile de distinguer. La première, l'entrée, ou

la tête, pour me servir de l'expression d'Hebra, est ordinairement plus large que le reste du sillon, quelquefois on y observe une éraillure épidermique, et le sillon ou galerie couverte ne commence qu'un peu au delà; c'est l'entrée de l'acare sous l'épiderme; l'autre extrémité ou la queue (Hebra) est légèrement saillante, et à travers l'épiderme on peut y apercevoir habituellement un petit point blanc qui n'est autre chose que l'acare lui-même, lequel peut être enlevé en déchirant la dernière partie du sillon avec la pointe d'une épingle, de manière à convertir la galerie fermée en une route à ciel ouvert et en raclant le sillon avec l'extrémité de l'épingle; si cette opération réussit, l'acare se trouve sur un des côtés de l'épingle sous la forme d'un petit point blanc très distinct qu'on peut mieux voir encore en le plaçant sur une surface noire et lisse. Quelquefois le sillon est isolé; dans d'autres circonstances, il est accolé à une vésicule ou à une pustule qui se trouvent à une de ses extrémités; dans certains cas la vésicule ou la pustule se trouvent au-dessous du sillon creusé dans la partie de l'épiderme qui forme la paroi supérieure de la lésion cutanée; mais qu'il soit à côté ou au-dessus, l'acare est toujours isolé du liquide, et il ne s'y trouve mêlé que lorsqu'on a rompu les parois du sillon et qu'on l'a fait communiquer artificiellement avec le contenu de la petite cavité séreuse ou purulente.

Avec ces caractères de lignes grises, ponctuées et sinueuses, les sillons se rencontrent principalement aux mains (fig. 11 et 12), aux poignets, dans les interstices interdigitaux, sur les faces latérales des doigts, sur le bord cubital, sur la paume même de la main chez les personnes dont l'épiderme n'est pas durci par des travaux professionnels; il peut se présenter de la même manière aux pieds, principalement sur le dos du pied, en avant ou en arrière des malléoles, sur les faces latérales des orteils.

Dans un sillon on ne trouve jamais qu'un acare, mais il existe des œufs en nombre variable. Le même acare

Fig. 11 et 12. — Mains de galeux sur lesquelles se voient la forme et le siège habituels des sillons. — *s*, sillon. — *e*, eczéma. (Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

peut-il creuser plusieurs sillons? un fait dont j'ai été témoin me permettrait de le croire : chez une personne qui venait de contracter la gale, j'ai constaté la présence de deux sillons dans un espace interdigital, mais je n'ai

pu découvrir et extraire qu'un acare à l'extrémité d'un des sillons, l'autre paraissant abandonné; et la maladie

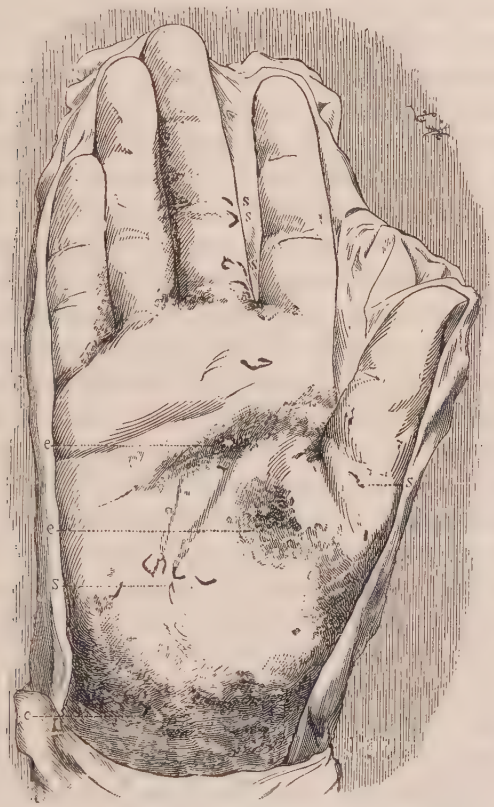

Fig. 11 et 12. — Mains de galeux sur lesquelles se voient la forme et le siège habituels des sillons. — *s*, sillon. — *e*, eczéma. (Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

s'est arrêtée sans autre traitement, après l'enlèvement de ce seul acare.

Le sillon est encore rencontré sur d'autres parties du corps, sur les avant-bras et sur les bras, en avant des ais-

selles, sur le dos, sur le ventre, sur les cuisses, mais il se présente alors sous la forme d'une petite ligne, longue de deux à cinq millimètres, rougeâtre ou brune, ressemblant à une excoriation linéaire, l'acare y est plus difficile à distinguer, mais on peut cependant quelquefois réussir à l'extraire avec la pointe d'une aiguille. Chez les femmes on trouve fréquemment de petits sillons rudimentaires sur les seins à côté du mamelon; à cette région, au lieu d'une ligne on trouve quelquefois une saillie arrondie, gonflement inflammatoire causé par la piqûre de l'acare. Mais je dois mentionner surtout l'éruption qu'on rencontre presque constamment chez les hommes au pénis et sur les bourses, éruption composée tantôt de papules arrondies ou ovales, d'une couleur ordinairement rouge, tantôt de vésicules ou de pustules, soit entières, soit desséchées ou excoriées, et quelquefois de véritables sillons droits ou sinueux, plus courts que ceux des mains et à l'extrémité desquels on peut trouver l'acare. Cette éruption, qui constitue un des meilleurs signes de la gale chez l'homme, se trouve soit sur la peau de la verge, soit sur le prépuce, soit sur le gland, soit même sur la peau du scrotum; on la rencontre le plus souvent à l'extrémité de la verge, au prépuce ou au gland.

D'après la description que je viens de faire, on voit qu'il existe dans la gale deux espèces de lésions cutanées, une primitive et essentielle causée directement par la présence de l'acare, ce sont les sillons; une autre consécutive et accessoire, ce sont les vésicules, les éruptions papuleuse, ecthymateuse et autres. Avant d'aller plus loin, il est bon de se rendre compte de la manière dont se produisent ces lésions. Il n'y a aucune difficulté pour les sillons, lesquels sont creusés directement par l'acare fécondée qui y dépose ses œufs; mais la question est plus difficile à résoudre lorsqu'il s'agit des éruptions accessoires. Pour Hebra toutes les éruptions qu'on

observe chez les galeux sont le résultat du grattage : les acares installés dans le tégument externe attaquent incessamment les extrémités des nerfs et produisent ainsi la sensation appelée démangeaison ; celle-ci provoque l'action réflexe qu'on désigne sous le nom de *grattage*, et ce grattage amène des papules de prurigo, des excoriations, des vésicules, des pustules et autres lésions inflammatoires de la peau. Dans cette manière d'expliquer les éruptions scabieuses, Hebra arrive jusqu'à considérer la gale comme un eczéma artificiel provoqué par la présence des acares et par des grattages. J'avoue que je ne puis accepter une telle proposition ; on trouve certainement chez quelques galeux de l'eczéma, du lichen, de l'impétigo ; ces maladies se sont développées par le fait d'une disposition spéciale préexistante, dite herpétique, que la gale n'a fait que réveiller accidentellement, comme aurait pu le faire toute autre irritation cutanée ; mais en laissant de côté ces éruptions qui constituent de véritables complications, on trouve dans la gale des éruptions habituelles qui font partie de la maladie, je veux parler du prurigo, des excoriations, des vésicules scabieuses, et de ces éruptions vésiculo-pustuleuses siégeant principalement aux coudes. De ces éruptions, les unes sont positivement le résultat du grattage, ce sont le prurigo, les excoriations, on les rencontre dans tous les cas de démangeaison, quelle qu'en soit la cause, dans la phthiriase, dans l'urticaire, dans l'ictère. Mais je serais tenté d'expliquer autrement le développement des vésicules isolées qu'on rencontre aux mains et aux pieds, des petites excoriations arrondies qui se trouvent principalement aux avant-bras et aux aisselles, et des vésico-pustules des coudes. En établissant d'abord que ces éruptions sont spéciales à la gale, n'est-on pas en droit de penser qu'elles sont le résultat des piqûres des acares ou de leurs larves. Moquin-Tandon pensait que

ces petits animaux, se rapprochant par leur organisation des arachnides, devaient être pourvus de même d'un appareil contenant un liquide venimeux, et que leur piqûre en faisant pénétrer ce liquide dans la peau devait produire des démangeaisons et des éruptions (1). Bourguignon croit que l'acare inocule dans l'économie un principe morbide auquel il faut attribuer l'évolution inévitable des éruptions papuleuses, vésiculeuses et pustuleuses. Sans admettre cette intoxication générale, je serais bien porté à croire que plusieurs des éruptions et en particulier les éruptions vésiculeuses sont le fait de la piqûre des acares, ainsi qu'on voit des lésions cutanées spéciales suivre les piqûres des poux, des puces, des punaises. Une expérimentation que j'ai tentée sur moi-même, il y a quelques années, m'engagerait à croire à cette sorte de venin admise par Moquin-Tandon. Le 15 octobre 1860, après avoir broyé sur une plaque de verre huit acares tout récemment extraits, je m'inoculai sur le dos d'une main la matière visqueuse résultant de cet écrasement, au moyen de deux piqûres sous-épidermiques faites avec une lancette ; et à un autre endroit de la même main, je me fis cinq piqûres semblables avec une lancette propre. Au bout de quinze à vingt minutes, je ressentis dans les deux piqûres septiques une sensation de chaleur avec chatouillement et démangeaison, sensation très vive, analogue à celle de la gale ; cette sensation s'effaça au bout de cinq à six minutes et reparut à plusieurs reprises dans la matinée. Je n'éprouvai rien dans les piqûres simples. A l'œil nu et à la loupe sur les deux espèces de piqûres, on n'apercevait qu'une petite tache sanguine. Le lendemain, vers sept heures du matin, au moment du réveil, je ressentis de nouveau dans les piqûres septi-

(1) Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale, comprenant la description détaillée des animaux utiles en médecine et des espèces nuisibles a l'homme, particulièrement des venimeux et des parasites.* Paris, 1860.

ques un léger sentiment de démangeaison qui se prolongea à peine pendant dix minutes et qui ne reparut plus. Aucune sensation dans les piqûres simples. Au bout de quatre jours la trace de ces dernières piqûres avait complètement disparu, mais on voyait encore, sous la forme de points rouges, l'endroit où avait piqué la lancette chargée du suc d'acares, et cette trace ne disparut que le huitième jour.

Je serais donc tenté de considérer les vésicules scabieuses comme le résultat de piqûres des acares ou de leurs larves; quant aux éruptions ecthymatheuses, leur présence dans d'autres affections parasitaires et particulièrement dans la phthiriase semblerait indiquer qu'on devrait la regarder comme le résultat d'une irritation d'un des éléments de la peau consécutive soit à la démangeaison, soit au grattage; cependant on doit remarquer que, dans la variété désignée sous le nom de gale pustuleuse, les mains sont couvertes de pustules d'ecthyma et qu'il est bien difficile d'y trouver un sillon, ce qui avait fait dire à Devergie que la gale pouvait exister sans acare, puisqu'on n'en trouvait pas de trace dans la variété la plus grave. Ne pourrait-on pas penser alors que l'acare, en voulant creuser son sillon, détermine par sa piqûre une inflammation cutanée, laquelle se change en une éruption pustuleuse en vertu d'une disposition spéciale inhérente à l'individu; et dans ce cas, au lieu de sillons, on ne trouve que des pustules ecthymateuses. Je ne donne d'ailleurs cette explication que sous toutes réserves.

Le plus ordinairement, la gale ne détermine pas de troubles dans la santé générale; sauf les démangeaisons et les éruptions que je viens d'indiquer, les malades se portent bien et leurs fonctions sont régulières; cependant, lorsque la gale est ancienne, lorsqu'elle est compliquée, lorsque les individus atteints sont nerveux, la

diminution et même la perte du sommeil, les inflammations cutanées peuvent entraîner quelques désordres consécutifs ; c'est ainsi que l'appétit s'altère, que les digestions sont mauvaises, qu'il survient de l'amaigrissement, de la faiblesse musculaire et souvent, surtout chez les femmes, des signes de chloro-anémie.

Marche de la maladie. — Entre le moment où la gale a été contractée, et celui où elle se manifeste par quelque phénomène appréciable, il s'écoule un certain temps, mais on manque de données positives pour fixer d'une manière précise cette période d'incubation, qui peut être de deux à huit jours; ce qu'il y a de certain, c'est que la maladie s'annonce d'abord par un léger prurit, qui augmente de jour en jour, puis surviennent les éruptions prurigineuses et vésiculeuses, et plus tard l'ecthyma, l'eczéma et les autres complications. Une fois développées, ces éruptions se maintiennent ou augmentent, l'étendue des régions atteintes est plus considérable, et la maladie se prolonge jusqu'à ce qu'un traitement convenable la fasse disparaître. Chez les gens de la classe aisée, habitués aux soins ordinaires de propreté, la gale peut persister pendant plusieurs mois, sans acquérir une grande intensité et sans susciter des complications trop graves; mais chez les individus pauvres et malpropres, les acares se multiplient, les éruptions s'étendent, les complications sont habituelles, souvent tout le corps est couvert de croûtes ou d'excoriations, et au bout de quelques mois on voit survenir un état cachectique caractérisé par la pâleur de la face, l'émaciation du corps et l'affaiblissement musculaire. La guérison spontanée est rare; et dans certains pays habités par une population misérable et sale, la gale semble endémique; dans quelques familles, tous les individus qui en font partie sont atteints de cette maladie d'une manière permanente; ils ont des acares comme d'autres ont des poux, des puces ou des

punaises. On trouve ces gales endémiques dans quelques parties de la Bretagne, dans quelques villages du Valais en Suisse, mais surtout dans les pays du nord de l'Europe, en Norwège, en Pologne et en Russie.

A propos de la marche de la gale, je dois signaler un fait qu'on retrouve dans la plupart des maladies parasitaires, je veux parler de la disparition des symptômes éruptifs sous l'influence du développement d'une maladie intercurrente. Qu'il survienne une maladie grave et fébrile, une pneumonie, un érysipèle, une fièvre typhoïde ou toute autre affection, à mesure que se manifestent les phénomènes propres à ce nouveau processus, la démangeaison s'éteint, les éruptions disparaissent, les sillons s'effacent, et, si l'on trouve encore quelques acares, ils sont aplatis, maigres, et se meuvent à peine; la gale paraît guérie, et cela peut être vrai. Mais, le plus souvent, vient la convalescence, et alors même, après plusieurs semaines, la démangeaison reparaît peu à peu, de nouveaux sillons sont creusés, des éruptions secondaires se produisent, et la gale renaît avec tous ses caractères, soit que quelques acares aient survécu, soit que cette recrudescence doive être attribuée à l'éclosion des œufs, lesquels, dans les animaux inférieurs, offrent une grande résistance aux causes de destruction.

Frappés de la coïncidence de la disparition des symptômes de la gale avec le développement d'une autre maladie, quelques médecins avaient pensé que la rétrocession de la gale était la cause de l'affection incidente; ces cas ont été cités comme des exemples de métastases, la gale étant considérée comme se transformant en une autre maladie. Mais l'observation attentive des faits ne permet pas d'admettre une telle opinion; il est évident, en effet, que les symptômes de la gale ne cèdent qu'après l'apparition des premiers phénomènes de la maladie intercurrente, et que la cessation de la démangeaison et

des éruptions scabieuses est l'effet et non la cause de cette nouvelle maladie. On a attribué la disparition de la gale dans les maladies incidentes à l'état d'anémie de la peau qui ne permet plus aux acares de trouver une nourriture suffisante; mais cette opinion adoptée par Hebra me paraît peu soutenable; d'abord, parce que les symptômes scabieux disparaissent très vite, avant que la peau n'ait subi une altération anémique réelle, et d'autre part, parce que, dans certaines affections, loin d'être anémiée, la peau se trouve hyperhémiée, et que néanmoins les acares l'abandonnent. Il me paraît plus plausible d'admettre que les acares, comme d'autres parasites, ne se plaisent que sur un organisme sain, et que l'altération des sécrétions cutanées dépendante de la maladie, est pour eux une cause de dépérissement et même de destruction.

Variétés. — Si la cause de la gale est toujours la même, et si les caractères principaux de cette affection se retrouvent dans tous les cas, il n'en est pas moins vrai que, par son intensité, par son ancienneté et surtout par ses complications, la maladie, dont j'ai fait ici l'histoire, peut revêtir des formes assez différentes, qu'on a considérées comme constituant des variétés. Willan et Bateman avaient admis quatre espèces de gale, la *gale papuliforme*, la *gale lymphatique*, la *gale purulente* et la *gale cachectique* (1). Dans la première appelée aussi *gale sèche*, l'éruption est constituée par de très petites vésicules, dont le sommet s'excorie et se recouvre de petites écailles; dans la seconde variété (*scabies lymphatica*), on trouve des vésicules plus grosses, sans aucune inflammation à leur base, susceptibles de se rompre ou de se transformer en pustules, et de former plus tard des ulcérations. La troisième variété, *gale purulente*, est carac-

(1) Bateman, *Practical Synopsis of cutaneous Diseases according to the arrangement of Dr Willan.* London.

térisée par de larges pustules semblables à celles de la variole, c'est la gale ecthymateuse, et enfin, la quatrième espèce, *gale cachectique*, est caractérisée par des éruptions d'eczéma, de lichen et d'impétigo.

Ces variétés, admises par Willan, ont été à peu près conservées dans la pratique ; on a l'habitude d'admettre une gale simple, sèche ou papuleuse, dans laquelle dominent les éruptions papulo-vésiculeuses d'un petit volume et le prurigo, une gale vésiculeuse dans laquelle se rencontrent les vésicules des mains, des poignets et des pieds, une gale ecthymateuse ou purulente, que je désigne encore sous le nom d'ecthyma scabieux, caractérisée par la présence des pustules d'ecthyma, principalement aux mains et aux fesses, et dans laquelle on trouve difficilement des sillons, enfin la gale eczémateuse qui se distingue par des éruptions d'eczéma ou d'impétigo siégeant dans des régions variées, mais principalement aux mains, aux fesses, et aux seins, surtout chez les femmes pour cette dernière région.

A la suite de ces variétés qu'on rencontre fréquemment dans la pratique, je dois signaler d'une manière toute particulière, une forme spéciale de la gale, observée d'abord en Norwège par Danielssen et Bœck (1), et décrite par Hebra, qui lui a donné le nom de *gale norwégienne* (*scabies norvegica*) quoiqu'on en ait trouvé des exemples dans diverses régions de l'Allemagne, à Constantinople et même à Madère. Dans cette variété de gale, on observe, sur différentes parties de l'enveloppe cutanée, des amas épidermiques, épais et semblables à du cuir, lesquels recouvrent principalement la paume des mains et la plante des pieds, sous forme d'excroissances jaunes cornées. En même temps les ongles subis-

(1) Bœck, *Une nouvelle forme de la gale* (*Annales des maladies de peau*, février 1852. — *Union médicale*, 1852).

sent une dégénérescence particulière, leurs lamelles se cassent et se racornissent en se détachant des tissus sous-jacents. Sur la face, sur le cuir chevelu et sur le pavillon de l'oreille existent également des croûtes assez semblables à celles de l'impétigo. Dans toutes ces croûtes, dans ces amas épidermiques et dans ces ongles altérés, on découvre au microscope un nombre considérable d'acares morts, de larves, d'œufs et de fèces, et au-dessous de ces concrétions, on trouve sur la peau humide et ramollie des sillons et des acares vivants. Hebra avait d'abord pensé que cette variété de gale était due à la présence d'une espèce particulière d'acare, différente de celle qu'on trouve habituellement chez l'homme; mais un examen plus approfondi des acares morts et vivants, lui a permis de conclure à l'identité parfaite du parasite rencontré dans cette maladie avec celui de la gale ordinaire, et de considérer la gale dite de Norwège, comme ne différant de la gale commune que par le plus grand nombre des acares et par l'accumulation considérable de leurs débris mortuaires.

Diagnostic. — Dans les cas simples, le diagnostic de la gale est ordinairement facile à établir; mais il devient souvent d'une grande difficulté pour certains malades, chez lesquels les caractères distinctifs de la maladie sont très peu distincts, ou bien sont masqués par des complications. Pour reconnaître la gale, on devra d'abord faire attention aux démangeaisons, survenant principalement pendant la nuit, puis à l'apparence et au siège de quelques éruptions : c'est ainsi qu'on attachera une grande importance aux petites excoriations arrondies, situées à la face interne des avant-bras, près des aisselles et aux jarrets, au prurigo de la partie antérieure du corps, entre les seins et les genoux, aux vésicules entières et isolées des mains, des poignets et des pieds, à l'éruption vésiculo-pustuleuse des coudes, à l'ecthyma des mains,

des fesses et des pieds, à l'eczéma des seins ; toutes ces éruptions sont des indices de la gale, qui doivent mettre sur la voie du diagnostic, et qui doivent engager le médecin à rechercher les caractères spéciaux de la gale, c'est-à-dire les sillons et l'acare. L'extraction d'un acare à l'extrémité d'un sillon, est un signe certain, *pathognomonique*, de la gale ; mais cette découverte n'est pas nécessaire pour le diagnostic : il suffira de constater la présence d'un ou plusieurs sillons incontestables, qu'on trouvera le plus habituellement aux mains ou aux poignets. Chez les hommes, les grosses papules scabieuses de la verge, dues à la piqûre de l'acare, les sillons placés snr le fourreau de la verge ou sur le gland forment un signe précieux pour le diagnostic, surtout lorsqu'il s'agit d'ouvriers dont les mains calleuses ou imprégnées de certaines substances, sont peu attaquables pour les acares. Je citerai pour exemples les maçons qui manient le plâtre et les mégissiers qui ont les mains continuellement dans l'eau ; chez eux, on trouve rarement des sillons aux mains. Chez les femmes, on trouve également assez souvent des papules scabieuses et des sillons sur le mamelon et sur la peau qui l'entoure.

Pour affirmer le diagnostic de la gale, est-il nécessaire de constater la présence d'un ou de plusieurs sillons? D'une manière générale je serais tenté de répondre par l'affirmative ; cependant, même en l'absence de sillons, certaines éruptions sont tellement significatives que je pense qu'elles suffisent pour faire admettre l'existence de la gale, surtout si plusieurs signes existent simultanément. C'est ainsi que je puis dire que l'ecthyma des mains est un signe presque certain de la gale ; on doit même se rappeler ce que j'ai dit à propos de la gale purulente, que les sillons étaient rares et difficiles à voir dans cette variété ; l'ecthyma siégeant aux mains, fera donc supposer l'existence de la gale et le diagnostic devra se poser,

même en l'absence de sillons, si, à l'ecthyma, se joignent des papules de prurigo à la partie antérieure de l'abdomen et des cuisses. J'en dirai presque autant de l'eczéma du sein occupant, chez les femmes, le mamelon et ses alentours; cet eczéma ne survient guère que dans trois conditions, sous l'influence de la grossesse, sous l'influence de la lactation ou par le fait de la gale. Chez les femmes qui ne sont ni enceintes, ni nourrices, l'eczéma des seins est donc un signe presque certain de l'existence de la gale.

Dans la pratique, la gale est souvent confondue avec d'autres affections cutanées, principalement avec les maladies prurigineuses et avec les diverses formes d'eczéma. Les maladies prurigineuses, c'est-à-dire caractérisées par des papules de prurigo, sont la phthiriase, le strophulus prurigineux et l'hyperesthésie cutanée. Pour les médecins habitués à l'étude des maladies de la peau, le diagnostic différentiel est ordinairement facile et prompt à établir : je dirai en peu de mots que dans le prurigo pédiculaire, qui se caractérise, comme la gale, par des démangeaisons nocturnes et par des éruptions ecthymateuses, les papules excoriées et recouvertes de croûtes sanguines sont plus grosses; elles existent principalement dans le dos, entre les épaules, vers la nuque, où se rencontrent aussi des excoriations linéaires causées par les ongles ; les mains, les parties génitales des hommes sont exemptes de toute éruption ; les pustules d'ecthyma sont dispersées sur le tronc et sur les membres ; tandis que dans la gale, l'éruption prurigineuse se trouve principalement à la partie antérieure du corps, le dos et surtout la nuque étant sains, les mains et les parties génitales chez les hommes sont rarement sans éruptions et ces éruptions ont un caractère spécial.

La maladie que j'ai décrite sous le nom de strophulus prurigineux (voy. *Strophulus*), est confondue très sou-

vent avec la gale : dans les deux maladies, il y a en effet des démangeaisons vives, des éruptions prurigineuses et même pustuleuses ; de plus le strophulus, survenant sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et atteignant souvent plusieurs personnes de la même famille, peut faire croire à une faculté contagieuse qui existe dans la gale. Le meilleur signe différentiel, outre l'absence de sillons aux mains, se trouve pour le strophulus, dans l'existence presque constante d'une éruption papuleuse à la face, sur la région maxillaire, tandis que dans la gale, la face est presque constamment exempte de toute éruption.

Dans l'hyperesthésie cutanée, caractérisée par des démangeaisons et par les lignes rouges ou blanches que laisse pendant quelques minutes le passage des doigts sur la peau, souvent il n'y a aucune éruption, et lorsqu'il existe du prurigo, les papules sont rares et disséminées, sans occuper aucun siège spécial. Les signes caractéristiques de cette affection sont surtout négatifs.

Quant au diagnostic différentiel de l'urticaire, de l'ecthyma, et des diverses formes d'eczéma, je dois dire que la question a été mal posée ; ces maladies peuvent coïncider avec l'affection scabieuse et pour établir le diagnostic, il faut seulement, l'urticaire, l'eczéma, l'ecthyma ou toute autre maladie étant reconnu, rechercher si on ne trouve pas en même temps les signes de la gale. Ce complément de diagnostic devra surtout être établi lorqu'il s'agira d'une urticaire à petites élevures linéaires, d'un eczéma siégeant aux mains, aux seins, ou aux fesses et d'un ecthyma des mains.

Pronostic. — La gale n'est pas une maladie grave, je ne l'ai vue qu'une seule fois se terminer par la mort ; il s'agissait d'un vieillard chez lequel les pustules d'ecthyma compliquant la gale, prirent le caractère gangreneux. Mais c'est une affection désagréable entraînant des dé-

mangeaisons pénibles et des éruptions gênantes. De plus, la faculté contagieuse de la gale en fait une maladie répugnante et réputé honteuse. Dans l'intérêt du malade et de ceux qui peuvent avoir des rapports avec lui, on ne saurait apporter trop de promptitude et trop de soin à l'institution d'un traitement curatif.

Étiologie. — La gale ne reconnaît qu'une cause unique, la contagion. Elle se transmet soit par le contact direct d'un individu malade, soit par le fait d'un objet intermédiaire, d'un lit, d'un meuble, de vêtements, ayant appartenu à un galeux et avec lequel se trouve en rapport la personne qui gagne la maladie. Dans ces circonstances un acare, une larve ou des œufs abandonnant l'individu malade, ou s'en détachant, sont portés sur une personne bien portante antérieurement, et sur ce nouvel organisme, l'acare, en se développant et en se multipliant, produit les phénomènes de la gale.

Certaines conditions paraissent favoriser la propagation de la gale ; mais elles n'agissent en réalité qu'en augmentant les rapprochements entre des individus malades et d'autres sains, ou en rendant plus communs les contacts avec des objets intermédiaires ayant servi à des galeux. C'est ainsi qu'il est certain que la gale attaque presque exclusivement la classe inférieure de la société, qu'elle atteint plus souvent les hommes que les femmes, qu'elle est fréquente chez les enfants et chez les jeunes gens, et qu'elle est plus commune en hiver qu'en été; ce qui s'explique facilement si l'on réfléchit que les prolétaires ont l'habitude de coucher plusieurs dans le même lit, et de s'associer souvent pour passer la nuit avec des individus qu'ils connaissent à peine ; lorsqu'ils couchent seuls, on leur donne fréquemment des draps de lit qui ont déjà servi. Les enfants et les jeunes gens du sexe masculin ont surtout cette mauvaise habitude de coucher plusieurs ensemble, tandis que les femmes vivent davan-

tage dans leurs familles ; elles sont plus isolées par leurs professions ou par leurs habitudes, et elles sont d'ailleurs plus habituées aux soins journaliers de propreté. Pendant l'hiver également, la gale est plus commune parce que les ouvriers se rapprochent davantage la nuit, pour se mettre à l'abri du froid ; c'est surtout pendant la mauvaise saison qu'ils se rassemblent dans ces maisons garnies de bas étage où la gale est pour ainsi dire endémique. On a dit que certaines professions disposaient à la gale et on a cherché à établir qu'elle était plus commune chez les journaliers, chez les tailleurs, chez les cordonniers, chez les couturières et les domestiques ; la vérité est qu'aucune profession ne dispose à la gale, mais que la manière de vivre des ouvriers de certains corps d'état, qui émigrent dans les villes, et qui y vivent dans la plus grande promiscuité, favorise la contagion de la gale. Aucune profession non plus n'exempte de cette maladie, qu'on peut voir, d'ailleurs, dans tous les rangs de la société ; j'indiquerai seulement que, chez les maçons et chez les mégissiers, l'acare paraît se développer avec moins de facilité ; on en trouve rarement sur leurs mains et sur leurs bras, ordinairement en contact avec le plâtre ou avec le tan ; chez ces ouvriers, il faut rechercher les signes de la gale ailleurs que sur la partie inférieure des membres thoraciques.

Le mode de contagion de la gale le plus commun est certainement celui qui a lieu par le fait de coucher dans le même lit avec un individu galeux ; Bourguignon a dit que, d'après ses observations, ce fait de contagion se rencontrait quatre-vingts fois sur cent ; d'après mes propres recherches, je l'ai noté dix-neuf fois sur vingt. Dans ce cas, l'acare ou l'œuf émigré se trouve placé d'abord sur le tronc ; ce qui explique pourquoi dans le début de la gale, on voit les sillons sur le pénis chez l'homme ou sur les seins chez la femme avant qu'on ne trouve d'érup-

tion aux mains. Mais, excité par les démangeaisons, les malades se grattent, et par le fait du grattage, un acare ou une larve se trouvent détachés et s'introduisent dans l'ongle, d'où ils se dirigent sur les faces latérales des doigts, sur la main et sur le poignet. Cette opinion sur la marche des acares me paraît appuyée sur l'ordre d'évolution des éruptions et des sillons.

Pour contracter la gale, il est nécessaire que le contact avec un galeux soit d'une certaine durée, et, sous ce rapport la cohabitation dans le même lit est la condition la plus favorable, parce que le contact est souvent prolongé, et surtout parce qu'il a lieu la nuit, moment où les acares sont le plus actifs. Il faut considérer comme peu probables les faits de contagion par une poignée de main; les gens qui accusent ce mode de propagation, ont souvent leurs raisons pour cacher la véritable cause de la maladie. Si cependant le contact de la main est prolongé pendant un certain temps, la contagion peut avoir lieu : c'est ce qui arrive au bal, où des danseuses tiennent assez longtemps dans leur main la main non gantée de leur partenaire ; c'est encore ce qui arrive aux enfants, tenus à la main par des domestiques pendant une promenade. Il est également possible de gagner la gale en se servant de gants, de vêtements ayant été portés par des galeux ; dans des ateliers on peut voir des ouvriers être atteints par l'intermédiaire d'instruments de travail, portés successivement à la main par plusieurs personnes. On a dit encore que la maladie pouvait se transmettre par le voisinage immédiat d'un galeux prolongé pendant plusieurs heures, ainsi que cela peut arriver dans une voiture publique, dans les théâtres et dans certains lieux de réunion ; j'ai donné des soins, il y a quelques années, à un prêtre qui accusait de la gale, dont il était atteint, des remplaçants militaires à côté desquels il avait passé une nuit en voiture. Ces faits ne

sont pas impossibles ; mais il est assez difficile d'admettre l'émigration de l'acare à travers les habits, et ces conditions de contagion doivent être regardées comme exceptionnelles.

La gale des animaux peut-elle se transmettre à l'homme? Cette question a été résolue par l'affirmative par plusieurs observateurs, en particulier par Got, dans sa dissertation inaugurale (Paris, 1844). Bourguignon ne pense pas que cette transmission puisse avoir lieu, et il a constaté plusieurs fois, chez des individus qui disaient avoir gagné la gale de chevaux, de chats ou de chiens, la présence d'acares tout à fait semblables aux acares ordinaires, et différents des acares des animaux ; il a institué avec Delafond à l'école d'Alfort des expériences qui ont abouti au même résultat : des acares de chevaux et de moutons, déposés en grand nombre sur les bras d'élèves vétérinaires, n'ont donné lieu à aucun symptôme de gale (1). Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois des malades, ayant chez eux des chiens ou des chats galeux, contracter une maladie caractérisée principalement par des démangeaisons et par du prurigo, mais sans sillons ; et cette maladie m'a paru céder facilement à des soins de propreté et à quelques bains sulfureux. Je ne crois donc pas que les acares des animaux puissent s'acclimater chez l'homme de manière à constituer une véritable gale.

De tous les faits précédents, je puis donc conclure que la seule cause de la gale est le passage de l'acare d'un individu malade à un individu sain, des expériences nombreuses ayant d'ailleurs démontré que le liquide des pustules ou des vésicules scabieuses ne jouit d'aucune propriété contagieuse. Je n'oserais pas en dire autant des croûtes, lesquelles, selon Hebra, peuvent contenir

(1) Delafond et Bourguignon, *Recherches sur les animalcules de la gale de l'homme et des animaux et la transmission de la gale des animaux à l'homme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1857, t. XXIII).

quelquefois des larves et des œufs, surtout dans la variété décrite sous le nom de *gale norwégienne*.

Nature. — Il n'y a plus de doute aujourd'hui sur la nature de la gale; c'est une maladie parasitaire, essentiellement locale, et il faut rejeter parmi les doctrines surannées et inacceptables, l'idée d'une altération constitutionnelle, primitive ou consécutive, liée à la gale et désignée sous les noms de *virus psorique*, de *diathèse psorique*. La gale est une maladie spécifique, qui ne reconnaît pour cause que la présence d'un acare ou d'un œuf d'acare nécessairement communiqués; dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre de gale spontanée.

Traitement. — Le traitement de la gale comporte deux indications : 1° guérir la gale en détruisant les acares et leurs œufs; 2° faire disparaître les éruptions concomitantes et les complications.

Pour arriver au premier but, la destruction des acares, il est nécessaire d'avoir recours à un agent parasiticide; les substances dont on peut se servir, sont en assez grand nombre, ce sont : le soufre, le sulfure de potassium, l'iodure de soufre, certains sels mercuriels et en particulier le sulfure et le nitrate de mercure, la chaux, les carbonates alcalins, l'huile de cade, la térébenthine, les essences de plantes aromatiques, etc. Ces médicaments sont ordinairement appliqués sous forme de pommades, quelques-uns sont employés à l'état liquide. Je crois devoir indiquer ici les formules les plus usitées; je commencerai par la pommade d'Helmerich, qui a eu et qui a encore une grande réputation, et qui contient pour huit parties d'axonge deux parties de soufre et une partie de sous-carbonate de potasse; cette pommade est très irritante pour la peau, elle contient en trop grande quantité le soufre et le sous-carbonate de potasse; je l'ai modifiée en ajoutant à une partie d'axonge, un

sixième de fleurs de soufre, et un douzième de sous-carbonate de potasse dissous préalablement dans la quantité d'eau suffisante ; c'est cette dernière pommade qu'on emploie habituellement dans le traitement de la gale à l'hôpital Saint-Louis. La pommade de Vezin (1) contient :

Pr. : Fleurs de soufre Savon blanc Axonge	āā.....	180 grammes.
Poudre d'ellébore blanc.....		8 —
Nitrate de potasse.....		0gr,50

La pommade de Wilkinson employée et modifiée par Hebra se compose de :

Pr. : Fleurs de soufre Huile de hêtre ou huile de cade	āā....	180 grammes.
Savon vert Axonge	āā.....	500 —
Craie.....		120 —

On se sert aussi fréquemment pour le traitement de la gale de l'onguent citrin du Codex dont la base active est le nitrate de mercure. Cette pommade, d'une efficacité réelle, est assez fréquemment conseillée par des pharmaciens et des empiriques ; les médecins s'en servent peu, à cause de la salivation qui suit souvent son emploi en frictions.

On a conseillé encore une pommade à base de staphisaigre :

Pr. : Poudre de semence de staphisaigre...	15 grammes.
Extrait de pavot.....	8 —
Axonge.....	60 —

Mêlez.

Bourguignon a proposé un glycérolé d'essences aro-

(1) Vezin, *Uber die Kratze und deren Behandlung*. Osnabruck, 1843.

matiques (1), d'une odeur agréable, mais d'un prix trop élevé pour les malades peu aisés. Voici sa formule :

Pr. : Essence de lavande — de menthe — de girofle — de cannelle	āā.....	2 grammes.
Gomme adragant.....		4 —
Carbonate de potasse.....		30 —
Fleurs de soufre.....		90 —
Glycérine.....		180 —

Mêlez.

On a encore employé une pommade composée de poudre de chasse et de fleurs de soufre, de chaque 100 grammes, et d'une quantité suffisante d'huile pour faire une pâte semi-solide. Cette pommade, préparée par un empirique, a réussi entre les mains de Bazin.

Dans ces dernières années, Kaposi (de Vienne) a vanté pour le traitement de la gale l'emploi du naphtol (2) ; j'ai essayé cette substance et je m'en suis bien trouvé. Je me sers de naphtol sous forme de pommade (naphtol, 10 grammes ; alcool, quantité suffisante pour liquéfier ; vaseline, 100 grammes) ; je fais faire des frictions générales matin et soir et au bout d'une quinzaine de jours la guérison est obtenue. Cette pommade parasiticide a un grand avantage ; elle n'est nullement irritante et elle peut être employée sans inconvénient, même lorsqu'il existe aux diverses régions occupées par les acares des éruptions eczémateuses, ecthymateuses ou autres.

Au lieu de pommades, on a employé dans le traitement de la gale des médicaments liquides ; les principaux sont une lotion chlorurée : chlorure de chaux, 60 grammes ;

(1) Bourguignon, *Avantages de la substitution de la glycérine aux corps gras comme excipient des agents antipsoriques* (*Bulletin de thérapeutique*, 1855, t. XLIX, p. 481).

(2) Kaposi, *Leçons sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de la peau*, traduites et annotées par Besnier et Doyon. Paris, 1881.

eau distillée, 1000 grammes ; une solution d'iodure de soufre employée par Cazenave et composée d'iodure de soufre, 15 grammes pour 1 litre d'eau. Le même auteur a conseillé des lotions avec des essences aromatiques qui jouissent d'une propriété parasiticide ; voici une de ses formules :

Pr. : Essence de menthe		
— de romarin	āā.....	1 à 2 grammes.
— de lavande		
— de citron		
Alcool à 80°	.....	Q. S.
Eau	.....	5 litres.

Parmi ces médicaments liquides on doit surtout mentionner la liqueur composée par Vleminckx (de Bruxelles) et employée communément en Belgique :

Pr. : Chaux vive	.....	500 grammes.
Fleurs de soufre	.....	250
Eau de fontaine	.....	2500

(Faire fondre dans un vase en fer et agiter avec une spatule jusqu'à mélange parfait.)

Mais quel que soit le médicament choisi, pour obtenir la guérison de la gale, il est nécessaire de frictionner rudement afin de déchirer les sillons et de faire pénétrer l'agent parasiticide jusqu'à l'acare ; puis de faire des frictions générales, pour atteindre le parasite dans toutes les régions où il peut se trouver. Ces précautions sont indispensables, et c'est depuis qu'on les prend qu'on est arrivé à un traitement prompt et certain de la gale. Pour favoriser la rupture des sillons, on se trouvera bien, avant d'employer les frictions ou les lotions parasiticides, de faire frotter la peau avec du savon et mieux de faire prendre un bain, lequel a pour effet de ramollir l'épiderme et de faire entr'ouvrir les sillons.

En employant les frictions rudes et générales, Bazin était arrivé à guérir la gale en quarante-huit heures

après quatre frictions, et même en vingt-quatre heures après deux frictions ; j'ai simplifié encore ces procédés et je suis arrivé à un traitement rapide de la gale qui laisse peu à désirer. Je vais en indiquer les détails : le malade est d'abord soumis à une friction avec du savon noir, mélangé d'eau, pendant vingt minutes ; puis il est placé dans un bain tiède d'une heure, pendant lequel il continue à se frotter et à se savonner ; et en sortant du bain, il est frictionné de nouveau sur tout le corps pendant vingt minutes, avec une pommade d'Helmerich modifiée, dont j'ai donné plus haut la formule. Ce traitement dure ainsi une heure quarante minutes ; la friction de savon noir et le bain ont pour but de nettoyer la peau, de ramollir l'épiderme et d'entr'ouvrir les sillons, de préparer ainsi l'action de la pommade destinée à détruire les acares. Après ce traitement, les malades se rhabillent sans s'essuyer et sont invités à ne pas enlever la pommade avant quatre ou cinq heures au moins. Ce contact prolongé a pour but d'assurer la destruction des acares et surtout d'atteindre ceux qui ont pu s'égarer sur les vêtements ; un individu ainsi enduit de pommade sulfuro-alcaline, est une véritable machine fumigatoire, de laquelle s'exhalent des vapeurs sulfureuses. Néanmoins, pour assurer la guérison et pour empêcher la gale de se reproduire par le fait d'acares restés sur les effets d'habillement, il est mieux de faire passer au soufre tous les vêtements de laine qui ont servi depuis le début de la maladie, de changer complètement le linge et les draps, et de brûler tous les gants qui ont été mis. Dans certains pays, en Belgique particulièrement, dans les hôpitaux, en même temps que les malades sont frictionnés, on purifie leurs vêtements en les plaçant dans une armoire chauffée à 100 degrés centigrades ; cette température élevée tue les parasites animaux en dilatant l'eau qui entre dans leur organisation.

Je viens d'exposer le traitement qui est appliqué à l'hôpital Saint-Louis pour la guérison de la gale, on le fait exécuter en rassemblant les malades du même sexe dans une salle de bains ; et là, sous la direction d'un homme ou d'une femme de service, on les fait frictionner en les placant en ligne les uns derrière les autres, de manière que chacun se frotte sur la partie antérieure du corps et frotte par derrière le malade placé devant lui. Après cette séance d'une heure quarante minutes, les acares et leurs œufs sont détruits; et pour compléter la guérison, il n'y a plus qu'à prescrire quelques bains.

Ce traitement, que j'ai institué en 1852, a été appliqué jusqu'à présent à près de cent mille galeux (95816), et il donne environ cinquante-neuf guérisons sur soixante malades.

Pour les malades de la ville, on peut employer le même traitement dans toute sa rigueur; mais, comme il est souvent moins bien dirigé, j'ai pour habitude de prescrire deux frictions de pommade sulfuro-alcaïne, chacune à vingt-quatre heures de distance en les faisant précéder immédiatement d'un bain tiède. Depuis trois ans, je me sers plus habituellement de la pommade de naphtol dont j'ai déjà parlé. Quand il s'agit de personnes habituées aux soins de propreté et dont la peau n'est pas couverte de poussières professionnelles, on peut se passer des frictions savonneuses. Dans tous les cas, à moins de complications, les médicaments internes sont inutiles; la maladie, essentiellement locale, ne réclame qu'un traitement externe.

Au lieu de la pommade d'Helmerich modifiée, on peut se servir des autres pommades, que nous avons indiquées et particulièrement de la pommade de Wilkinson ou de la pommade aux aromates de Bourguignon ; on peut également au lieu de pommades employer des lotions

avec la solution d'iodure de soufre de Cazenave, avec le liquide de Vleminckx ou toute autre préparation. Tous ces remèdes réussissent à peu près également avec une ou deux frictions, à la condition que l'épiderme sera préalablement ramolli par un bain, que les frictions seront faites rudement et que la totalité du corps sera frictionnée, à l'exception de la tête, en insistant surtout sur les régions, où se trouvent le plus grand nombre d'acares, c'est-à-dire sur les mains, sur les pieds, sur les parties génitales et sur les environs des seins.

On a conseillé encore pour le traitement de la gale des fumigations sulfureuses, des fumigations cinabrées, des bains sulfureux ; ces moyens ont pu réussir quelquefois, mais ils sont ordinairement insuffisants, et, quand ils amènent la guérison, ce ne peut être qu'au bout d'un temps assez long ; les acares logés sous l'épiderme ne sont atteints que bien incomplètement par des fumigations ou par des bains ; comme je le disais tout à l'heure, on a besoin, pour obtenir la guérison certaine de la gale, de rompre les sillons en faisant des frictions rudes et prolongées.

A l'aide des procédés que je viens d'indiquer, on remplit la principale indication du traitement de la gale, on détruit les acares ; mais il reste encore à combattre les éruptions concomitantes et les complications : dans la gale simple, dite sèche ou papuleuse, ordinairement, à partir de la friction parasiticide, les démangeaisons et les éruptions diminuent graduellement, et il n'est nécessaire pour obtenir la guérison complète que de prescrire quelques bains simples ou quelques bains émollients et de les continuer jusqu'à ce que la peau ait repris son aspect normal. Mais, lorsqu'il existe de l'ecthyma ou un eczéma assez intense, on ne peut pas employer immédiatement le traitement parasiticide ; il augmenterait, par les propriétés irritantes des diverses lotions ou pom-

mades, les phénomènes inflammatoires de la peau ; et, en outre, comme les frictions pratiquées dans ces conditions sont douloureuses, elles seraient mal faites, les malades ne seraient pas frottés assez rudement et tous les acares ne seraient pas détruits. Il faut donc d'abord combattre la maladie concomitante avec des bains, des cataplasmes, des applications de toile vulcanisée, avec des boissons adoucissantes, et même avec des purgatifs en cas d'eczéma et ne procéder au traitement principal de la gale que lorsque l'état de la peau est assez amélioré pour supporter le contact des substances irritantes qui entrent dans la composition des pommades ou des solutions. Immédiatement après le traitement parasiticide, on doit alors reprendre l'usage des émollients, et, suivant la nature de la complication, il faut employer les moyens propres à la combattre. L'ecthyma disparaît ordinairement peu de temps après les frictions, ou du moins il ne se manifeste que par quelques éruptions éphémères qui ne se prolongent pas longtemps; mais il n'en est pas de même de l'eczéma, cette affection est souvent exaspérée par les frictions; quelquefois même elle ne vient qu'après elles; son développement est le fait du traitement lui-même et elle persiste pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois. Le traitement doit alors être dirigé contre l'eczéma seul, on ne doit plus penser à la gale et on arrivera à la guérison par l'emploi des différents moyens thérapeutiques indiqués contre l'affection eczémateuse (voy. Eczéma). C'est principalement dans ces cas de gale compliquée que la pommade au naphtol, non irritante, peut rendre de grands services, puisqu'on peut l'employer sans crainte d'augmenter les inflammations cutanées.

Pendant la durée de la gale et quelquefois à la suite de cette maladie, il survient chez certains malades des abcès sous-cutanés et des furoncles qui souvent se prolongent

pendant assez longtemps; on combattra cette complication plus gênante que sérieuse par l'eau de goudron prise à l'intérieur, par des bains, par quelques purgatifs et par une alimentation douce.

Après l'emploi du traitement méthodique de la gale, le plus ordinairement la guérison a lieu et devient manifeste par la disparition graduelle des démangeaisons et des éruptions; mais on doit savoir que le succès complet ne suit pas toujours le premier traitement; chez certaines personnes, les démangeaisons persistent; les éruptions ne cèdent pas ou se renouvellent; chez quelques autres ces symptômes reparaissent après une ou deux semaines d'amélioration. On doit penser alors que la gale persiste soit parce que tous les acares n'ont pas été détruits, soit par le fait de l'évolution ultérieure d'œufs, qui ont résisté aux agents parasiticides; il faut alors rechercher avec soin si on aperçoit des sillons récents; et surtout il faut tenter d'extraire un acare vivant; ces recherches demandent souvent plusieurs jours d'observation attentive. Lorsqu'on a reconnu les signes certains de la gale, ou même, lorsque, sans sillons, la persistance des vésicules scabieuses des mains et le renouvellement des pustules d'ecthyma viennent prouver l'existence de la maladie, on doit procéder à un nouveau traitement. Il est bien rare qu'on soit obligé de revenir à une troisième et surtout à une quatrième série de frictions parasiticides; cela arrive quelquefois cependant chez les enfants, qu'on guérit plus difficilement que les adultes. Lorsqu'on voit ainsi la gale se prolonger malgré un traitement convenable répété une ou deux fois, on doit penser que le malade gagne de nouveau la maladie par la fréquentation intime d'une personne galeuse qui n'a pas été soumise au traitement.

Avant de terminer, je dois encore mentionner que chez certaines personnes, habituellement chez des gens nerveux, la démangeaison peut persister après la disparition

de tout signe de gale et de toute éruption ; cette démangeaison peut être très vive et peut se prolonger pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant des années. Dans ces circonstances, on serait tenté de croire à la persistance de la gale, et les malades ont habituellement, malgré l'avis des médecins les plus compétents, la persuasion qu'ils sont toujours atteints de la maladie scabieuse. Néanmoins, si on ne trouve pas de sillons, si on ne constate la présence d'aucune éruption caractéristique, il faut se garder de prescrire un nouveau traitement parasiticide, il aurait pour effet d'augmenter encore et de prolonger les démangeaisons, lesquelles, dues à une hyperesthésie cutanée de nature nerveuse, doivent être combattues à l'extérieur par des bains alcalins, par des bains de sublimé, par des lotions au chloroforme très étendu d'eau, à l'intérieur par les préparations d'aconit, par le bromure de potassium et par le chloral, enfin par les moyens destinés à combattre le prurit nerveux.

A côté du traitement curatif de la gale, il y a aussi un traitement prophylactique qui consiste dans l'isolement des malades. Si ces précautions hygiéniques étaient mieux connues ou mieux observées dans les classes inférieures de la société, on verrait certainement diminuer le nombre des galeux, qui semble au contraire avoir augmenté à Paris dans ces dernières années, probablement par le fait de l'accroissement de la population ouvrière et de son agglomération dans des maisons garnies. Le nombre des malades traités à l'hôpital Saint-Louis est, en moyenne, de cinq à six mille par année.

b. Demodex folliculaire.

C'est en 1842, en examinant au microscope de la matière sébacée recueillie sur des malades atteints d'acné sébacée et d'acné ponctuée que Simon (de Berlin) trouva

mélangés au sébum, de petits corps allongés, susceptibles de mouvements, et qu'il considéra comme des animaux vivant dans les follicules sébacés; Owen proposa, en 1843, de leur donner le nom de *Demodex folliculorum*, qui a été généralement adopté. Placé par les naturalistes dans la famille des Acariens, cet animalcule est de forme vermiculaire, long de $0^{mm},36$ à $0^{mm},40$, large de $0^{mm},03$; il présente une tête portant deux pulpes et deux mandibules, un thorax avec quatre pattes de chaque côté et un corps allongé ayant trois fois la longueur de la partie antérieure. Ce parasite occupe les follicules sébacés principalement chez les personnes atteintes d'acné sébacée ou d'acné ponctuée; on le découvre en raclant la peau avec un instrument plane, après avoir pressé sur les follicules. Il présente d'ailleurs plus d'intérêt pour les naturalistes que pour les médecins, car il ne détermine aucun phénomène pathologique; il ne paraît pas en être de même pour les chiens et pour les porcs, chez lesquels il peut pulluler en quantité considérable et produire une maladie grave appelée gale folliculaire, laquelle est caractérisée par des pustules cutanées et des abcès. Suivant Mégnin, cette affection des chiens et des porcs n'est pas transmissible à l'homme.

c. Maladie causée par la puce de sable.

Le petit animal appelé vulgairement *puce de sable*, *puce pénétrante*, *puce chique* et, en histoire naturelle, *Rhychoprion penetrans*, *Pulex penetrans*, de la famille des *Aphaniptères*, se rencontre dans l'Amérique intertropicale et méridionale, particulièrement dans la Guyane, au Mexique et au Brésil. Sous le rapport de l'histoire naturelle, la puce pénétrante a eté étudiée par la plupart des naturalistes modernes et plus récemment par Walckenaer, Guérin-Méneville, Milne-Edwards, Karsten et par

ticulièrement par le docteur Bonnet, médecin de la marine qui mit à profit un séjour de trois années à la Guyane pour recueillir des détails intéressants sur l'anatomie et la physiologie de ce parasite et sur les effets de sa présence sur l'homme (1). Les docteurs Vizy (2) et Guyon (3), médecins militaires, Nieger et Brassac, médecins de la marine, se sont occupés surtout des accidents causés par la piqûre de la chique, qu'ils ont eu occasion d'observer à la Guyane et au Mexique.

Je ne dois pas entrer ici dans les détails anatomiques relatifs à l'organisation et aux mœurs de la puce pénétrante, je dirai seulement qu'elle est très petite, d'un millimètre de longueur, de forme ovoïde, d'une couleur rouge brun avec une tache blanche sur le dos. Elle habite le sable et particulièrement les herbes sèches; elle se jette sur les animaux sauvages et domestiques, et atteint particulièrement les chiens et les porcs; elle pénètre sous la peau de l'homme, principalement aux jambes, aux pieds et dans les interstices des orteils; les enfants qui se roulent sur le sable et les personnes qui voyagent sans chaussures y sont très exposés. L'introduction de l'animal dans l'épaisseur de la peau a lieu sans douleur, mais au bout de quelques jours, il survient une sensation de cuisson, de la rougeur à la peau et des phénomènes inflammatoires qui peuvent s'étendre et déterminer des lymphites, des abcès, de la gangrène et même le tétanos. C'est surtout sur les nègres qui marchent nus-pieds, que ces accidents peuvent être graves, et déterminer le sphacèle ainsi que la chute des orteils; chez eux on a cité quelques cas de terminaison par la mort. Le mâle

(1) G. Bonnet, *Mémoire sur la puce pénétrante ou chique* (*Archives de médecine navale*, 1867, t. XIII et tirage à part).

(2) Vizy, *Note sur la chique au Mexique et sur son action sur l'homme* (*Recueil de mém. de médecine milit.*, 1863, t. X, p. 306).

(3) Guyon, *Hist. nat. et méd. de la chique* (*Revue et magasin de zoologie*, 1865).

pique seulement la peau ; la femelle fécondée fait une fente à l'épiderme à l'aide de ses mandibules, pénètre entre l'épiderme et le derme, s'y creuse une loge ; puis, son abdomen augmente de dimension par le développement des œufs, et quelques jours plus tard la ponte a lieu au dehors, l'anus restant, sous la forme d'un point noir, à l'orifice de la loge creusée par la chique. L'insecte constitue ainsi un véritable corps étranger qui devient le point de départ des lésions inflammatoires que j'ai signalées. Lorsque plusieurs loges occupées par des puces sont voisines, il peut en résulter des abcès et des ulcérations assez étendus ; le docteur Bonnet n'hésite pas à considérer ces inflammations comme une des causes de la maladie décrite sous le nom d'abcès de la Guyane.

Le traitement consiste dans l'extraction de l'animal au moyen d'une aiguille. Le docteur Bonnet conseille les frictions avec l'onguent mercuriel et les cataplasmes de farine de lin arrosés d'alcool camphré ; on pourrait employer également les lotions avec la térébenthine, la benzine, le chloroforme et l'acide phénique dilué. Les soins de propreté appliqués aux individus et aux habitations constituent le meilleur moyen prophylactique.

d. Maladie causée par le rouget ou lepte d'automne.

Le *rouget ou lepte d'automne*, connu encore sous les noms de *aoutat*, de *puceron rouge*, de *vendangeur*, est très commun en automne dans l'ouest et dans le centre de la France ; c'est un petit animal, de couleur rouge orangé, à six pattes, à corps orbiculaire, partagé en deux parties, une antérieure contenant la tête et le thorax, une postérieure abdominale ; il est long de $0^{mm},32$ et large de $0^{mm},19$. Suivant Mégnin, cet animal serait la larve du *Trombidium soyeux*. Il pénètre dans la peau de l'homme et des animaux, particulièrement des chiens,

en implantant son rostre dans l'orifice des glandes sébacées et sudorifères; le corps reste au dehors sous la forme d'un petit point rouge qu'on peut voir, même à l'œil nu. La présence de ce parasite détermine un prurit très violent, des éruptions érythémateuses, quelquefois même vésiculeuses et pustuleuses. Chez les personnes herpétiques, cette irritation spéciale peut être le point de départ d'une des formes de l'eczéma. C'est particulièrement aux jambes de l'homme et aux pattes des animaux que se fixe le rouget, mais on peut en trouver dans toutes les régions, surtout chez les personnes qui se sont assises ou couchées par terre. On en a rencontré quelquefois dans les greniers mêlés au blé et aux graines, et on peut les accuser de déterminer par leurs piqûres la maladie désignée sous le nom de fièvre de grain. Les éruptions causées par le rouget sont ordinairement éphémères; à moins de disposition ezcémateuse, elles s'effacent spontanément au bout de quelques jours, mais non sans avoir déterminé des démangeaisons et des douleurs assez vives.

Mégnin conseille, comme traitement, les onctions avec la benzine ; je pense qu'il serait mieux d'employer une solution aqueuse d'acide phénique au cinquantième; dans deux cas j'ai fait cesser promptement la démangeaison, et j'ai obtenu une guérison rapide en employant les lotions avec une solution aqueuse de sublimé au millième.

e. Maladie des poulaillers.

Dans les poulaillers habités par les gallinacés, dans les pigeonniers abritant les pigeons, pullulent souvent des acariens parasites de ces animaux, qui se répandent au dehors et qui peuvent atteindre les filles de basse-cour et même les personnes qui se promènent ou qui séjournent aux environs. Ce parasite a reçu le nom de

Dermanyssus gallinæ (de Geer) ; c'est un acarien ressemblant à l'acare de la gale, également noctambule et qui se repaît du sang des volatiles domestiques ; il peut atteindre les animaux et l'homme et chez ce dernier il détermine, principalement aux mains et aux avant-bras, une éruption appelée par Mégnin *prurigo dermanyssique*, caractérisée par des élevures papuleuses, rouges, et une démangeaison assez vive ; mais ces animalcules ne s'acclimatent pas, et, si on ne s'expose pas à une nouvelle contagion, les accidents cutanés disparaissent spontanément au bout de quelques jours. Pour les faire cesser un peu plus tôt, on peut avoir recours à des lotions d'eau vinaigrée ou d'une solution aqueuse d'acide phénique au centième.

f. Maladie causée par la filaire de Médine.

La filaire de Médine (*Filaria sanguinis*), appartenant à la classe des helminthes nématoïdes, a la forme d'un cylindre aplati se terminant en pointe à ses deux extrémités ; arrivée à son complet développement, elle atteint 50 centimètres à 2 mètres de longueur et son épaisseur est seulement de 1 à 4 millimètres. On a cru longtemps que ce ver pénétrait dans le corps de l'homme à travers la peau ; d'après les travaux de Van Beneden, il paraît établi maintenant qu'il s'introduit d'abord dans un petit crustacé qu'on avale avec l'eau prise en boisson ; du tube digestif, il pénètre dans le sang, se développe dans différents organes, chemine à travers les tissus et vient former, principalement aux membres inférieurs, une inflammation locale qui se termine par un abcès pour dégénérer en fistule ; à travers l'ouverture spontanée ou artificielle de cet abcès, le parasite sort sous la forme d'un ver blanc très mince, dont la longueur, apparente à l'extérieur, peut être de plusieurs centimètres. Il y a quelques

années, j'ai eu occasion d'en observer un cas chez un Indien; au milieu d'un ulcère situé en bas du mollet et datant de plusieurs mois, existait un filament blanc, long de 8 à 10 centimètres et agité par quelques mouvements; en le tirant doucement j'ai pu l'arracher, il mesurait 15 centimètres après l'extraction ; je crois l'avoir enlevé en entier, car la plaie s'est guérie rapidement. Le malade n'a pas voulu me permettre d'emporter l'animal pour le faire examiner, il a tenu à le conserver pour lui seul.

La filaire de Médine se rencontre sur les côtes occidentales de l'Afrique, en Égypte, en Perse, dans l'Inde. Lorsqu'on a occasion d'en observer en Europe, ces cas appartiennent à des individus qui ont contracté la maladie dans un des pays que je viens de nommer.

On ne connaît pas de traitement susceptible de détruire la filaire de Médine ; il est même impossible d'en établir le diagnostic avant qu'elle se montre au dehors; dans ce cas on cherche à l'extraire, en l'attirant par des tractions douces et de manière à ne pas la rompre; dans l'Inde on l'enroule autour d'une baguette et on la tire doucement au dehors pendant plusieurs heures.

La filaire de Médine ne doit pas être considérée comme un parasite de la peau; je ne sais pas pourquoi on en trouve la description dans les ouvrages de dermatologie, et ce n'est que pour obéir à l'usage que j'en ai parlé ici.

g. Cysticerque du tissu cellulaire.

Ce que je viens de dire de la filaire de Médine s'applique encore mieux au cysticerque qui attaque souvent les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané, mais qui n'atteint la peau que consécutivement. Je ne crois pas devoir en faire l'histoire.

h. Bouton d'Orient, — boutons d'Alep, de Biskra, du Nil.

Les maladies désignées par ces noms se ressemblent tellement, que je pense qu'elles sont identiques, qu'elles se rapportent à la même espèce nosologique et qu'elles se prêtent à la même description. A cause de cette ressemblance, je serais d'avis de désigner cette affection sous le nom général de *bouton d'Orient*. Quoique la nature parasitaire de ces éruptions ne soit pas encore complètement démontrée, néanmoins le siège habituel de ces boutons sur les parties découvertes, la circonstance qu'ils ne sont contractés que dans certains pays et qu'ils peuvent être regardés comme le résultat de l'action de certains micro-organismes ou de certains insectes qui ne se rencontrent que dans ces contrées, font penser qu'ils peuvent être de nature parasitaire. Mais s'agit-il de micrococcus comme le dit Duclaux et comme le pense le professeur Fournier, en s'appuyant sur un cas de réussite d'inoculations à l'aide d'un bouillon de culture de ces micro-organismes; s'agit-il de la présence dans la peau de larves d'un moustique ou d'un insecte quelconque, ainsi que je serais tenté de le croire, ou même de la piqûre d'un petit animal venimeux, c'est ce qu'il est impossible de décider encore aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, je vais donner une courte description de cette éruption toute spéciale à certains pays, en m'appuyant principalement sur les documents fournis par les docteurs Villemin, Hamel, Bertherand et par quelques autres médecins militaires français qui ont pu étudier cette maladie à Biskra depuis la conquête de l'Algérie; pour ma part je n'en ai observé qu'un petit nombre de cas (trois) sur des personnes revenant d'Égypte.

Symptômes. — Le bouton d'Orient commence ordinai-

rement par une tache rouge légèrement saillante et qui forme un peu plus tard une nodosité dans l'épaisseur de la peau; peu à peu cette tache s'étend en profondeur et en étendue, et sa coloration augmente d'intensité; sa surface, qui était lisse au début, devient squameuse et se recouvre d'écailles qui tombent et se reproduisent incessamment. A mesure que cette tumeur se prononce, elle devient le siège d'un sentiment de chaleur, de cuisson et de prurit assez incommode. C'est là la première période décrite par les auteurs. Dans la seconde, dite d'ulcération, le sommet de la tumeur se recouvre de vésicules qui se rompent et donnent lieu à un suintement séreux, lequel, d'abord très limpide, devient bientôt plus épais, plus plastique et se concrète sous forme d'une croûte plus ou moins saillante qui se détache et qui se reforme promptement. Lorsque cette croûte tombe, on peut voir qu'elle recouvre une surface ulcéreuse d'un rouge terne, mamelonnée et dont les bords sont taillés à pic. Cette ulcération est d'une étendue variable depuis un centimètre jusqu'à cinq ou six ; quelquefois deux ulcérations voisines peuvent se réunir et alors la circonscription de ces deux ulcères est plus étendue et plus irrégulière. Autour de la croûte il existe une auréole brune sur laquelle on aperçoit ordinairement quelques petites tumeurs tuberculeuses; cette auréole est souvent le siège d'une anesthésie. Les ulcérations recouvertes de croûtes sont peu douloureuses, il y existe seulement un peu de prurit; mais, lorsque la croûte tombe soit spontanément, soit par grattage ou accident, l'exposition de l'ulcère au contact de l'air détermine des douleurs quelquefois assez vives, lesquelles cessent par la production d'une nouvelle croûte.

Enfin, après une durée assez longue, la saillie diminue, l'auréole rouge s'efface, la croûte s'amincit, s'écaille, tombe par fragments et laisse voir le fond de l'ulcère sec et cicatrisé. Les tubercules ambiants persistent

encore pendant quelque temps, puis ils s'affaissent, mais l'anesthésie ne se dissipe que lentement. La cicatrice qui persiste est d'un blanc mat, elle est souvent inégale et elle ressemble à celle d'une brûlure. Cette période de réparation et de cicatrisation constitue la troisième période.

Habituellement, à aucun moment de la maladie, il n'existe d'altération de la santé générale et le bouton d'Orient demeure une affection purement locale. La durée de la maladie est très longue, elle se prolonge ordinairement pendant un an, quelquefois la cicatrisation n'est obtenue qu'après trois ou quatre ans. Sur des personnes revenant d'Égypte et atteintes du bouton du Nil, j'ai vu la maladie se terminer à Paris une fois au bout de quatre mois, l'autre fois au bout de six mois. Habituellement la période d'induration est de quatre mois, celle d'ulcération de six à huit mois, et celle de réparation de deux à trois mois.

Le bouton d'Orient attaque de préférence les parties découvertes et particulièrement la face, puis les membres supérieurs et inférieurs qui sont ordinairement peu protégés par les vêtements dans les pays où règne cette affection.

Le nombre des boutons est variable : souvent il n'y en a qu'un, mais d'autres fois on en observe plusieurs, soit placés dans la même région, soit dans des endroits différents; dans quelques cas rares on en a compté jusqu'à cinquante ou soixante.

Le *diagnostic* du bouton d'Orient n'est pas toujours facile; son aspect le fait ressembler surtout à l'ecthyma et au rupia; toutefois, la longue durée de son évolution, l'absence de douleurs vives et l'insensibilité de l'auréole, la conservation de la santé générale, le séjour dans un des pays où règne la maladie, sont des circonstances qui serviront à faire reconnaître l'existence du bouton d'Orient.

Le *pronostic* est ordinairement peu grave, la maladie se termine habituellement par la guérison ; toutefois la durée est très longue, et les ulcérations laissent à leur place des cicatrices irrégulières qui altèrent la beauté des traits lorsqu'elles siègent à la face et qui peuvent êner les mouvements lorsqu'elles existent près des articulations. J'ajouterai que lorsque la maladie se développe sur des individus affaiblis antérieurement, elle peut augmenter la débilitation générale et amener une terminaison funeste.

Étiologie. — On ignore totalement la cause déterminante du bouton d'Orient, lequel ne paraît avoir aucune propriété contagieuse. J'ai déjà dit qu'il était probablement de nature parasitaire, mais la démonstration positive de ce fait manque encore ; des inoculations du liquide séropurulent fourni par les ulcères ont été tentées par plusieurs médecins et n'ont jamais donné de résultats bien positifs. Duclaux et le professeur Fournier ont pratiqué des inoculations avec du bouillon de culture de coccus pris sur des ulcères et dans le sang d'un malade venu à Paris et traité à l'hôpital Saint-Louis ; à la suite de ces inoculations sont survenus des éruptions furonculeuses et quelques plaques de gangrène de la peau ; mais j'avoue que je ne trouve pas une grande ressemblance entre l'aspect de ces éruptions artificielles et le vrai bouton d'Alep, et d'ailleurs ces éruptions ont eu une courte durée, tandis qu'un des caractères essentiels du bouton d'Orient est de se prolonger pendant plusieurs mois.

Les médecins et les habitants des pays où règne la maladie qui nous occupe accusent principalement l'insalubrité des eaux qui servent à la boisson ; et, à Alep, l'eau limoneuse de la rivière le Koïq est regardée comme la cause du bouton d'Orient, on a dit que les habitants qui s'abstenaient de boire de cette eau en étaient préser-

vés; mais, comme ce bouton s'observe ailleurs avec les mêmes caractères, il n'y a pas à s'arrêter à cette opinion.

Il faut donc admettre que la cause déterminante du bouton d'Orient est encore inconnue; mais ce qui est certain, c'est que cette maladie ne reste pas exclusive à Alep ni à Biskra, et que, si elle est spéciale à certains pays, elle est néanmoins répandue dans un grand nombre de régions de l'Orient; c'est ainsi qu'on a indiqué des éruptions à peu près identiques, et analogues à la description que nous avons donnée, en Algérie, à Laghouat, à Biskra, dans le désert de Sahara, au Maroc, en Égypte, particulièrement sur les bords du Nil, en Syrie, à Bagdad, en Perse et dans l'Inde. Le Roy de Méricourt indique comme domaine de la maladie les différents territoires compris entre le Maroc à l'ouest, jusqu'aux rives du Gange à l'est, entre le dixième et le quarantième degré de latitude nord, étendue, comme on le voit, bien considérable (1).

Dans les pays où règne le bouton d'Orient, les indigènes comme les étrangers sont exposés également à contracter cette maladie, laquelle attaque les individus de tous les âges, même les enfants à la mamelle et les deux sexes indifféremment. Une première attaque ne confère pas l'immunité contre une récidive.

Traitement. — On ne connaît pas mieux le traitement du bouton d'Orient que sa cause. Dans chaque pays on prescrit des remèdes empiriques différents qui n'ont aucun résultat et qui ne paraissent pas abréger la durée de la maladie. L'essai des caustiques n'a pas été heureux, et les médecins européens qui ont habité l'Orient, conseillent seulement des lotions émollientes ou détersives et l'expectation. Il me semble qu'avec l'idée de la nature

(1) *Dict. encycl.*, 1re série, t. X, p. 412, Bouton d'Alep.

parasitaire de la maladie on devrait essayer les lotions de sublimé et les applications d'emplâtre de Vigo.

§ 2. — Épizoaires.

Les épizoaires sont les parasites animaux qui ne séjournent pas dans l'intérieur de la peau et qui l'irritent seulement par leur présence et leurs piqûres. Les éruptions causées par ces parasites sont celles qui sont déterminées par les poux, les puces, les punaises, les moustiques, les guêpes et quelques mouches.

a. Phthiriase, maladie causée par les poux.

La *phthiriase* est une maladie causée par les poux, insectes sans métamorphoses, de la famille des *Pédiculidés*, présentant une tête ovale à extrémité arrondie, un thorax peu distinct de l'abdomen, lequel est ovale, plus large, et six pattes grimpeuses. Les poux se subdivisent en trois variétés, ayant des habitats différents: le pou de tête, le pou de corps et le pou du pubis. Je vais indiquer successivement les caractères et les effets de chacun de ces parasites de l'homme, qui vivent de son sang, mordant la peau avec leurs mandibules et enfonçant leur rostre dans la plaie pour opérer la succion. Mais il faut savoir d'abord que les poux sont de sexe différent; les femelles sont plus nombreuses, et lorsqu'elles ont été fécondées, elles peuvent pondre en peu de jours un grand nombre d'œufs, ce qui explique la multiplication prompte de ces parasites. La difficulté, assez fréquente, de savoir où on a pu gagner des poux, la rapidité avec laquelle ils pullulent, a fait admettre pendant longtemps qu'ils pouvaient se développer par génération spontanée; je n'ai pas besoin de réfuter cette opinion extra-scientifique et d'insister pour dire que la contagion

est la seule cause de l'arrivée des poux sur les diverses régions où on en rencontre; mais j'ajoute que certaines circonstances paraissent les attirer: tels sont le jeune âge, surtout pour le pou de tête, la vieillesse pour le pou de corps, puis la maladie, la malpropreté et l'ivrognerie. Ce sont là des causes prédisposantes pour la phthiriase qui se manifeste par des démangeaisons et par des éruptions diverses parmi lesquelles le prurigo, l'ecthyma et l'eczéma tiennent le premier rang.

1° *Pou de tête*, *Pediculus capitis* (de Geer); gris ou blanc cendré, avec taches noires au bord externe de chaque segment, long de un à deux millimètres, large de un demi-millimètre à un millimètre; ce parasite vit dans les cheveux de l'homme et surtout de l'enfant; ses œufs, connus sous le nom de *lentes*, sont collés aux cheveux sous la forme de petits grains grisâtres et ternes, visibles à l'œil nu. Par sa présence il détermine d'abord des démangeaisons, puis, si les parasites se multiplient et si on ne les détruit pas promptement, il survient au cuir chevelu et à la nuque des excoriations dues aux grattages, des éruptions pustuleuses et vésiculeuses qui constituent la maladie décrite à tort par Willan, comme une espèce particulière, sous le nom d'*impetigo granulata*, et caractérisée principalement par des croûtes sèches, adhérentes aux cheveux, et au milieu desquelles s'agite une plus ou moins grande quantité de poux. Par suite de la dessiccation de l'humeur fournie par ces éruptions vésiculeuses et pustuleuses, des croûtes plus ou moins épaisses se forment au cuir chevelu, et sous ces croûtes, en les enlevant, on peut trouver des amas de poux, ce qui a fait croire à l'existence de tumeurs formées par l'agglomération de ces parasites. En même temps l'inflammation des lymphatiques du cuir chevelu amène l'engorgement des ganglions cervicaux, qui se tuméfient, deviennent douloureux et peuvent suppurer; des abcès se forment même

quelquefois à la tête. Avec la sécrétion séro-purulente due aux éruptions eczémateuses et impétigineuses se mélange souvent un flux sébacé, et ce liquide visqueux, résultant de l'irritation des glandes sébacées, colle les cheveux les uns aux autres, les enchevêtre et peut amener cet état particulier de la chevelure décrit sous le nom de *trichoma* ou *plique* (voy. ces mots) et caractérisé encore par une odeur fétide qui s'échappe de la tête.

Si la phthiriase capillaire persiste un certain temps, et surtout s'il s'agit de jeunes enfants ou de sujets déjà débilités, il peut en résulter de l'agitation générale, de l'insomnie, de l'amaigrissement et même quelques troubles digestifs et nerveux.

Le pou de tête habite le cuir chevelu, mais il peut gagner la nuque, le front, les sourcils et la barbe, surtout chez les hommes qui la portent longue. On le trouve bien rarement dans les autres parties du corps, même dans les régions pileuses.

Les enfants sont très disposés à gagner des poux de tête, il n'y a même que les enfants tenus très proprement qui échappent à cette contagion; les sujets blonds, à tempérament lymphatique, y sont plus exposés. Les poux se transportent facilement et pullulent promptement chez les femmes à longue chevelure mal entretenue; c'est surtout chez ces personnes malpropres et peu soigneuses qu'on voit se développer l'aspect sordide du cuir chevelu prenant d'abord l'apparence de l'impétigo granuleux, puis plus tard celle du trichoma. Après une maladie aiguë, grave et prolongée, il n'est pas rare de voir apparaître des poux sur le cuir chevelu, c'est un accident assez commun chez les femmes après leurs couches, et c'est surtout dans ces circonstances qu'on a pu croire au développement spontané des parasites. Il faut accuser seulement les garde malades ou les personnes ayant approché les malades et considérer l'absence des soins de propreté

comme une circonstance favorable qui attire les parasites.

La phthiriase capillaire se reconnaît par la présence des poux ; mais le diagnostic peut être rendu plus difficile par l'existence des éruptions variées et souvent même par la présence des eczémas et des impétigos véritables qui viennent compliquer la maladie parasitaire ; on la soupçonnera à l'enchevêtrement des cheveux, à l'odeur fade et fétide exhalée par la tête, et surtout à la présence des lentes déposées sur les cheveux sous la forme de grains grisâtres et adhérents. Souvent les poux eux-mêmes ne sont pas vus au premier abord, surtout chez les gens à longue chevelure, mais en écartant les cheveux et en fixant un même point du cuir chevelu pendant un certain temps, il est bien rare qu'on n'aperçoive pas bientôt remuer quelques poux qui fixent définitivement le diagnostic.

Le *pronostic* de cette affection est peu grave ; cependant chez certains enfants, chez quelques femmes peu disposées à la propreté, les poux peuvent persister pendant longtemps et reparaître facilement. Chez les personnes herpétiques, la présence de ces parasites peut déterminer le développement d'un eczéma du cuir chevelu qui subsiste après la destruction des parasites.

Traitement. — Lorsque les poux de tête sont peu nombreux et nouveau-venus, il suffit souvent de quelques soins de propreté pour les faire disparaître ; en se peignant scrupuleusement et pendant plusieurs jours avec un peigne fin, en se lavant la tête avec de l'eau de savon, s'il s'agit de personnes habituées aux soins de propreté, il est rare que la phthiriase s'établisse. Dans un but prophylactique ces précautions doivent être continuées chez les enfants qui ont gagné des poux et qui, par leur faiblesse ou par leur tempérament lymphatique, paraissent constituer un sol favorable pour ces parasites. Si les

soins de toilette ne suffisent pas, il faut y joindre l'emploi de quelques parasiticides ; on se trouvera bien alors de saupoudrer la tête avec de la poudre de staphisaigre ou de pyrèthre ou avec du soufre pulvérisé, de la frictionner pendant deux ou trois jours avec un gramme ou deux d'onguent napolitain, ou même d'y étendre, matin et soir, un mélange à partie égale d'huile d'amandes douces et d'huile de pétrole commune. Mais lorsque la phthiriase est très prononcée, lorsque les cheveux sont collés les uns aux autres et enchevêtrés de manière à produire le trichoma, et surtout lorsque les cheveux ont une certaine longueur, pour assurer et activer la guérison, on doit commencer par couper les cheveux ras, puis laver la tête à l'eau de savon et ensuite employer les parasiticides en poudre, en lotions ou en pommades. Si après la destruction des poux, il reste de l'eczéma, il ne faut pas insister sur les topiques irritants, mais on doit combattre la maladie par le traitement spécial applicable à la complication.

2° *Pou de corps*, *Pediculus humanus* (Linné), *Pediculus corporis* (de Geer), *Pediculus vestimenti* (Nitzch) ; d'un blanc sale, plus long et plus gros que le pou de tête, mesurant deux à trois millimètres en longueur, un millimètre à peu près en largeur ; il se nourrit en piquant et en suçant les régions du corps autres que la face et le cuir chevelu ; il habite dans les vêtements et principalement dans ceux qui sont en contact immédiat avec la peau ; ce n'est que très rarement qu'on peut l'apercevoir sur la peau, qu'il abandonne dès qu'il a pris sa nourriture, pour se cacher dans les plis des vêtements où se trouvent ses œufs sous la forme de points gris foncés. Lorsqu'on fait déshabiller promptement une personne atteinte de phthiriase, il peut arriver qu'on aperçoive un ou quelques poux courir sur la peau, mais ce fait est rare et il faut chercher ces parasites dans les effets d'habillement et

de literie, où ils sont même quelquefois assez difficiles à découvrir. C'est à cause de cet habitat particulier qu'on a proposé pour ce parasite le nom de pou du vêtement, *Pediculus vestimenti*.

Au pou de corps, on doit rattacher le pou des malades (*Pediculus tabescentium*) que certains naturalistes ont décrit comme une variété particulière et qui lui est tout à fait semblable, si ce n'est par son organisation, au moins par ses effets.

Le pou de corps donne lieu à des accidents spéciaux qui ont été désignés sous le nom de *phthiriase*, de *pédiculose du corps*, de *maladie pédiculaire*, de *prurigo pédiculaire*, maladie à laquelle, suivant l'histoire, auraient succombé plusieurs personnages illustres parmi lesquels on cite Sylla, Hérode, Philippe II.

Par la piqûre de la peau et par la succion exercée sur la petite plaie qui en résulte, le pou détermine une irritation cutanée qui se traduit tout d'abord par une plaque d'urticaire peu étendue et peu saillante; cette urticaire très transitoire, s'accompagne d'une démangeaison vive et irrésistible, le grattage écorche le sommet de la papule urticante et produit, par l'action des ongles, des excoriations linéaires quelquefois assez étendues. Si la phthiriase se prolonge, on voit se produire tous les effets du prurigo pédiculaire (voy. ce mot), caractérisé par des démangeaisons insupportables, par de l'urticaire à petites papules, par des croûtes noires de prurigo, par une multitude de lignes excoriées et souvent recouvertes de sang desséché; plus tard la peau s'épaissit, revêt une teinte noire avec des points plus foncés indiquant l'existence antérieure des papules prurigineuses et se recouvre quelquefois d'une sueur visqueuse et fétide. En même temps il peut survenir de la lymphangite, des furoncles, et des abcès sous-cutanés qui viennent aggraver les souffrances des malades. L'éruption prurigineuse et les traî-

nées du grattage peuvent exister sur toute la surface cutanée, mais elles se rencontrent surtout au tronc et principalement à la nuque, et dans le dos entre les épaules; c'est à ces régions que la coloration noire de la peau se manifeste principalement. Lorsque la maladie pédiculaire se prolonge pendant plusieurs mois, la santé générale peut être atteinte, le sommeil est très troublé par les démangeaisons, l'appétit se perd, la diarrhée s'établit, il survient de l'amaigrissement, de la faiblesse, quelques phénomènes de fièvre hectique et la mort peut survenir, surtout chez les vieillards déjà affaiblis par l'âge, par la misère ou par une maladie antérieure.

Diagnostic. — Il est très important de reconnaître la maladie pédiculaire, la guérison dépendant de la connaissance de la cause spéciale; c'est dans les vêtements ou sur les draps du lit qu'il faut aller chercher le parasite dont la découverte établit positivement le diagnostic; mais lorsque les poux sont en petit nombre, ou lorsque les malades viennent de changer de linge, cette recherche est difficile et souvent infructueuse; dans cette circonstance même en dehors de la présence démontrée du parasite, l'existence des démangeaisons, les traces du prurigo et des traînées linéaires excoriées dans le dos et entre les épaules, la teinte brune de la peau de la même région sont des signes qui permettent d'affirmer l'existence de la phthiriase. C'est surtout avec la gale qu'il est quelquefois facile de confondre la pédiculose; mais on doit se rappeler que dans la maladie acarienne, le prurigo siège surtout à l'abdomen, à la partie antérieure des cuisses et aux avant-bras, qu'il existe souvent aux aisselles et aux coudes une éruption vésiculo-pustuleuse, et enfin qu'on rencontre presque constamment comme signe caractéristique des pustules ecthymateuses, des vésicules et des sillons aux poignets et aux mains, régions qui sont complètement indemnes dans la maladie pédiculaire.

Pronostic. — Chez une personne bien portante, non débilitée par l'âge et se tenant proprement, la pédiculose est ordinairement peu grave et cède aux moyens de traitement les plus simples ; mais chez les gens affaiblis, chez les vieillards, chez les personnes non habituées aux soins de propreté, chez les alcooliques principalement, les poux pullulent avec une grande facilité, on a beau les détruire, ils reparaissent avec une facilité désespérante, quelquefois même après un intervalle de plusieurs mois, et la maladie devient permanente. Dans certaines familles pauvres, dans certains pays où les soins de la propreté la plus vulgaire sont inconnus, la phthiriase paraît être une maladie endémique.

Étiologie. — La contagion est la seule cause de la maladie pédiculaire, c'est en couchant dans un lit malpropre comme cela peut arriver en voyage, ou dans des maisons garnies mal tenues et mal fréquentées ou dans les hôpitaux, c'est en séjournant, même peu de temps, dans une voiture publique, c'est en approchant, en examinant et surtout en auscultant un malade pouilleux, comme cela arrive quelquefois aux médecins, que cette contagion peut avoir lieu. Les gens habituellement malpropres, les personnes obligées de se soustraire accidentellement aux soins habituels de propreté et surtout empêchées de changer de linge, comme les voyageurs, les soldats en campagne, les prisonniers, sont exposés à gagner des poux et ne peuvent s'en débarrasser que par le changement des conditions hygiéniques qui ont attiré les parasites et qui favorisent leur développement. Les vieillards, par le fait de l'âge et peut-être aussi par la négligence des soins de leur personne, sont exposés à la pédiculose, et la maladie cutanée décrite sous le nom de *prurigo senilis* n'est le plus habituellement qu'un prurigo pédiculaire. On trouve fréquemment des poux, principalement dans les hôpitaux, sur des malades atteints

d'une affection chronique, chez les convalescents, chez les alcooliques, et chez ces derniers les parasites s'acclimatent et résistent souvent aux moyens de destruction.

Traitement. — Il est facile de détruire quelques poux contractés accidentellement et par une personne propre et non âgée; le changement de linge, quelques bains suffisent ordinairement. Si la maladie dure depuis un certain temps, il faut aux soins de propreté, indispensables en tous cas, joindre l'emploi des parasiticides : on doit avoir recours aux bains sulfureux, aux fumigations cinabrées, aux poudres de camphre, de staphisaigre, aux lotions avec l'acide phénique étendu d'eau, avec une solution de sublimé au centième ou au millième. Il faut également tâcher de découvrir les circonstances dans lesquelles les poux ont été gagnés, de manière à ne pas s'exposer à une nouvelle contagion. Chez les gens débilités, chez les vieillards, pour assurer la guérison, on doit ajouter aux moyens parasiticides, un traitement tonique et médicinal. Enfin en même temps qu'on soigne les malades atteints de pédiculose, il faut également traiter leurs vêtements dans lesquels se trouvent les parasites et leurs œufs; le linge doit être soumis à la lessive, les effets de drap seront passés au soufre ou mieux exposés dans un endroit clos à une chaleur de 100 degrés; c'est souvent pour avoir omis ces précautions que la pédiculose se perpétue.

3° Le *pou du pubis*, *Phthirius inguinalis* (Denny), appelé vulgairement *morpion*, est un insecte d'une autre espèce que les poux de tête et de corps; d'une couleur gris clair, long de deux millimètres, large d'un millimètre et demi, de forme arrondie, il a une tête saillante et un thorax confondu avec l'abdomen; ce dernier est pourvu de six pattes, dont les premières grêles, s'amincissent vers l'extrémité qui porte un petit ongle et dont les deux dernières fortes, s'élargissent vers l'extrémité terminée

par un ongle très fort formant pince avec l'extrémité élargie de la jambe; c'est à l'aide de ces pattes si bien organisées que ce parasite s'attache à la peau. Il habite les parties pileuses du corps à l'exception du cuir chevelu; on le trouve principalement à la région génitale; on le rencontre aussi aux aisselles, puis à la poitrine, à l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses chez les hommes velus; il peut envahir la barbe et les moustaches; une fois chez un enfant, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, j'ai trouvé un de ces parasites attaché à la base d'un cil, il avait déterminé une conjonctivite intense.

Le pou du pubis adhère fortement à la peau en s'attachant à la base du poil à l'aide de ses pattes; il n'est pas facile à apercevoir, sa couleur pâle ne tranchant pas sur la coloration de la peau, et les poils, au milieu desquels il se trouve, le recouvrant et le masquant. Il faut ordinairement le secours de la loupe pour reconnaître sa présence. Il détermine des cuissons et des démangeaisons, et par sa piqûre aussi bien que par le grattage, il occasionne du prurigo, de l'érythème et souvent même des éruptions eczémateuses. A côté des parties pileuses, soit à l'abdomen, soit à la face antérieure ou interne des cuisses, il est assez fréquent d'apercevoir des taches bleuâtres, connues sous le nom de *taches bleues*, *taches ardoisées* et dont la signification pathologique n'est connue que depuis peu de temps, grâce aux recherches des docteurs Mouscrou et Duguet, qui les ont rattachées à la présence des *Pediculi pubis;* les observations ultérieures ont pleinement confirmé ces opinions.

Le *diagnostic* de la phthiriase pubienne n'est pas toujours facile; on doit néanmoins en soupçonner l'existence par les démangeaisons limitées aux parties pileuses, par quelques papules de prurigo ou par quelques plaques d'éruption dans ces régions, surtout par les taches bleues.

Comme je l'ai déjà dit, le parasite ne s'aperçoit pas au premier abord, il faut presque toujours le secours de la loupe pour le découvrir, et alors, en le saisissant avec une pince et en le détachant avec une certaine force, on l'enlève et on le rend très visible en le plaçant sur une surface noire ou colorée. Avant d'arriver à voir et à saisir le parasite et alors même qu'on ne le découvre pas à un premier examen, le diagnostic peut s'établir par la présence des œufs déposés sur les poils sous forme de petits grains arrondis, d'un gris foncé.

Le pou du pubis se transmet habituellement à la suite de rapports sexuels; mais il peut aussi se propager à l'aide de vêtements empruntés, et même par un séjour peu prolongé dans des cabinets de bains, dans des voitures de louage et principalement dans des lieux d'aisances.

Le meilleur *traitement* à opposer à la pédiculose du pubis et des régions pileuses consiste dans des onctions faites matin et soir avec de l'onguent mercuriel sur les endroits occupés par les parasites et renouvelées pendant trois ou quatre jours. Au lieu de cet onguent qui tache le linge et les vêtements, on peut faire des lotions avec une solution de sublimé au centième ou avec de l'huile de pétrole ou du baume de Tolu; quelques bains simples ou émollients achèvent le traitement en combattant les complications inflammatoires.

b. Maladies causées par les puces, les punaises, les cousins, les mouches piquantes.

Ces différents parasites déterminent par leur piqûre une douleur assez vive, mais en même temps produisant des phénomènes d'intoxication locale qui doivent être attribués à un venin.

La puce (*Pulex irritans*) de la famille des *Pulicides* (Mégnin) est un des parasites les plus habituels de

l'homme; par sa piqûre elle détermine une très légère cuisson suivie d'une tache érythémateuse arrondie, peu durable; chez certaines personnes, la sensation de cette piqûre est à peine perçue, mais chez d'autres il survient une démangeaison vive et une ampoule d'urticaire ou de strophulus qui peut se prolonger pendant quelques heures; chez les enfants, chez quelques personnes nerveuses, il suffit d'une ou de deux puces pour produire de l'insomnie et une agitation nerveuse. Que ces accidents, dus à un venin spécial et assez bénin, existent ou non, on voit pendant deux ou trois jours, à la suite d'une piqûre de puce, à l'endroit piqué, une petite tache hémorrhagique, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Et lorsque ces piqûres ont été nombreuses, le corps peut être couvert de ces petits points hémorrhagiques qui simulent un purpura; la parfaite uniformité de chaque tache, leur petit diamètre, leur régularité et les traces de fèces de puce rencontrées sur le linge de corps et sur les draps caractérisent suffisamment cette éruption pour qu'on puisse avec un peu d'attention en distinguer la nature spéciale. Chez des malades atteints de fièvre, on a quelquefois pris des piqûres de puce existant sur l'abdomen pour des taches lenticulaires rosées typhiques; la seule circonstance de l'existence d'une tache hémorrhagique, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, suffit pour faire éviter l'erreur, la tache exanthématique de la fièvre typhoïde s'effaçant au contraire sous la moindre pression.

La puce se cache dans les vêtements, dans les lits, dans les meubles, dans les fentes du parquet; dans certains pays, dans certaines maisons, il en existe un grand nombre et elles se jettent rapidement sur les personnes qu'elles peuvent atteindre. C'est un peu à tort qu'on accuse souvent les chiens et les chats de donner des puces, leurs parasites de ce genre peuvent bien se porter sur

l'homme et le piquer, mais ils ne s'y acclimatent pas et ne tardent pas à disparaître.

La *punaise* des lits (*Cimex lectularia*) produit des désordres cutanés analogues à ceux de la puce; la tache hémorrhagique résultant de la piqûre se voit peu, mais les élevures érythémateuses et urticantes sont plus prononcées et plus durables; les démangeaisons sont aussi plus vives, le grattage détermine quelquefois des papules de prurigo et des excoriations superficielles, et comme ce parasite est noctambule, sa présence amène quelquefois une insomnie complète qui peut finir par altérer la santé.

Pour se débarrasser des puces et des punaises, quand on habite des pays ou des maisons qui en sont infectés, les soins de propreté ne suffisent pas; il faut saupoudrer les lits et les vêtements de nuit avec de la poudre de pyrèthre ou de staphisaigre, il faut insuffler ces poudres dans les fentes du lit, des murs, des parquets. S'il s'agit de puces, il faut principalement laver les parquets et les carreaux avec de l'eau de chaux ou de l'eau de lessive bouillante; et pour détruire les punaises qui se cachent pendant le jour dans les crevasses des murs, sous les papiers de tentures, dans les interstices des parties constituantes des lits, on ne parvient souvent à s'en débarrasser qu'en faisant racler les murs, en les lavant à l'eau de chaux, en bouchant tous les trous, en changeant les papiers, en faisant laver les lits avec de l'essence de térébenthine ou mieux en changeant les bois de lit, et surtout en adoptant des lits de fer et en faisant passer les toiles à matelas à la lessive. Même avec ces précautions, il est certaines maisons dans lesquelles on ne peut parvenir à se débarrasser des punaises, qui habitent dans l'épaisseur des murs et des boiseries. Quant aux lésions cutanées produites par les parasites dont je viens de parler, le plus ordinairement elles sont éphémères et il

n'y a pas à s'en occuper ; si la démangeaison persiste, on devra la combattre avec de l'eau alcoolisée, avec de l'eau vinaigrée, avec de l'ammoniaque liquide étendue de quinze à vingt parties d'eau, ou en saupoudrant les parties atteintes avec de la poudre d'amidon. Si les taches érythémateuses persistaient, on aurait recours à des lotions avec les infusions de mélilot ou de fleurs de sureau.

Les *cousins* (*Culex pipiens*) qui vivent pendant l'été sur les arbres et près des cours d'eau, les *moustiques* qui appartiennent à la même espèce entomologique et qui habitent les pays chauds principalement sur les bords de la mer ou près de l'eau, sont plus nuisibles que les puces et les punaises; leur piqûre détermine immédiatement aux endroits touchés, qui sont ordinairement les parties découvertes, la face ou les mains, une sensation de chaleur et de cuisson, puis une élevure papuleuse rouge qui persiste plus ou moins longtemps ; la démangeaison qui se développe promptement est insupportable et oblige à se gratter. En France, dans le nord de l'Europe, les phénomènes que je viens d'indiquer sont assez légers et persistent au plus pendant deux ou trois jours; seulement comme le parasite est noctambule et comme on peut être piqué toutes les nuits, il en résulte des éruptions toujours nouvelles et par suite de l'insomnie et de l'agitation nerveuse. Dans les pays chauds, les lésions produites par les moustiques sont plus intenses et plus durables : les papules sont plus grosses, plus rouges, elles s'accompagnent d'une tuméfaction œdémateuse autour des piqûres. Ces éminences papuleuses sont le siège d'une démangeaison vive, irrésistible, le grattage amène l'excoriation de leur sommet, il se produit des petites ulcérations, des croûtes, quelquefois des pustules, un léger mouvement fébrile se fait quelquefois sentir, et ce n'est qu'au bout de huit ou dix jours que survient la guérison, et à la condition encore que de nouvelles piqûres ne

viennent pas remplacer les anciennes. Circonstance assez singulière, dans le midi de la France, sur les bords de la Méditerranée, en Italie, les moustiques respectent habituellement les gens du pays et attaquent de préférence les nouveaux arrivants non encore acclimatés.

Pour éloigner les cousins et les moustiques, on se trouve bien de brûler dans la chambre où l'on doit coucher un mélange de pyrèthre et de sel de nitre préparé sous forme de trochisques, ou d'y faire pénétrer de la fumée de tabac; on peut encore se couvrir la figure et les mains avec de la poudre de riz parfumée, avec de la poudre de camphre, ou, avant se coucher, se laver les mains et la figure avec de l'eau de Cologne, avec de l'eau phéniquée, les odeurs fortes éloignant les parasites; on peut de même se servir d'essence de térébenthine, d'huile de pétrole affaiblies avec de l'alcool; enfin dans les pays chauds où les moustiques sont surtout à craindre, on a la bonne habitude de coucher avec une moustiquaire; cette précaution est surtout importante pour les personnes étrangères au pays.

Contre les lésions de la peau dues aux piqûres des moustiques, on a coutume de conseiller de laver les parties malades avec de l'ammoniaque liquide, je n'ai jamais vu ce moyen réussir et je pense qu'on ajoute ainsi une brûlure de la peau à une piqûre venimeuse; si donc on emploie l'ammoniaque, il faut l'étendre de beaucoup d'eau, au quinzième ou au vingtième; mais on se trouvera mieux de laver les parties atteintes avec de l'eau de Cologne coupée avec trois quarts d'eau, avec de l'eau de chaux ou de l'eau phéniquée. Les lotions avec des infusions aromatiques de camomille, de mélilot, de petite sauge, de feuilles de noyer réussissent pour combattre les phénomènes inflammatoires locaux; j'ai calmé plusieurs fois les démangeaisons avec une cuillerée à café d'eau phagédénique dans un verre d'eau ou avec une

solution de sublimé au millième ; ces deux derniers moyens renouvelés trois fois par jour et les applications de poudre d'amidon me paraissent constituer le meilleur traitement à opposer aux éruptions virulentes et pustuleuses qui se développent consécutivement aux piqûres des moustiques, dans les pays chauds.

Pendant l'été, les *taons* (*Tabanus bovinus*, *Tabanus autumnalis*) et quelques autres mouches piquantes, qui se portent sur les chevaux et sur les animaux de la race bovine, peuvent aussi piquer la peau de l'homme dans les parties découvertes, mais, comme ces insectes n'ont pas de venin, il résulte seulement de la piqûre une douleur instantanée assez vive, mais la petite blessure se cicatrise immédiatement, le plus souvent sans suites appréciables. Toutefois ces mouches piquantes peuvent devenir dangereuses lorsque, après avoir sucé un animal atteint de charbon ou un cadavre déjà putréfié, elles vont piquer un animal ou un homme en bonne santé, elles sont alors susceptibles d'inoculer le virus dont leur bouche est chargée. Ce sont ces mouches transportant ainsi un poison virulent qu'on a appelées des *mouches charbonneuses*, elles appartiennent particulièrement aux genres *Stomoxe* (*Stomaxis calcitrans*) et *Simulie* (*Simulium cinereum*).

c. Maladies causées par les abeilles, les guêpes, les frelons, etc.

Ces insectes, qui sont à la fois piquants et venimeux, ne sont pas de véritables parasites, ils ne vivent pas aux dépens de l'homme ni des animaux, et ils ne se servent de leur aiguillon que pour se défendre lorsqu'on les attaque ou lorsqu'ils sont effrayés. Je n'ai donc pas à en parler ici longuement, je me contenterai de dire que leurs piqûres très douloureuses, amenant une sensation

durable de cuissons et d'élancements, est suivie d'une élevure papuleuse assez volumineuse et surtout d'un gonflement œdémateux sous-cutané qui se prolonge pendant plusieurs jours. Lorsqu'il y a plusieurs piqûres, ainsi que cela arrive lorsqu'on se jette dans un nid de frelons ou lorsqu'on se heurte à un essaim d'abeilles, les phénomènes inflammatoires peuvent être intenses et s'accompagner d'accidents généraux graves. On a des exemples d'enfants et d'adultes qui ont succombé à la suite de piqûres nombreuses d'abeilles. Les moyens de traitements à employer contre les piqûres de mouches à aiguillon sont les mêmes que ceux qu'on a conseillés contre les morsures de moustiques. Je ferai ici la même recommandation de ne pas se servir d'ammoniaque liquide pure, ni d'acide phénique concentré : sans détruire l'effet du venin, on déterminerait une irritation artificielle de la peau qui viendrait augmenter la douleur et l'inflammation dues à l'insecte.

QUATRIÈME CLASSE

MALADIES INFECTIEUSES ET GANGRENEUSES DE LA PEAU

Comme toutes les parties molles constituantes du corps, et dans les mêmes conditions étiologiques, la peau peut être frappée de gangrène ; cette mortification d'une partie plus ou moins étendue de l'enveloppe cutanée, qui s'accompagne souvent de la même altération dans les tissus sous-jacents, peut être la conséquence d'un traumatisme, d'une maladie générale infectieuse, mais elle se développe surtout à la suite de lésions dans les tissus vasculaire ou nerveux ; je n'ai pas à la décrire ici dans un traité de dermatologie ; je me bornerai à dire quelques

mots d'une gangrène spéciale, désignée sous le nom de *decubitus acutus*, laquelle est ordinairement circonscrite à la peau ; puis je présenterai quelques détails sur le furoncle et sur la pustule maligne, maladies infectieuses dans lesquelles se rencontre une tendance à la mortification gangreneuse ; mais je ne crois pas devoir m'occuper de l'anthrax, dont le siège est dans le tissu cellulaire sous-cutané bien plus que dans la peau, et dont l'histoire appartient exclusivement à la chirurgie.

a. Décubitus aigu.

A l'ordinaire, lorsque, dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, des eschares se forment sur des points de la peau comprimés par le poids du corps, la mortification ne survient qu'après une pression assez prolongée et alors que la maladie a déjà duré un certain temps. Mais, dans d'autres circonstances, l'eschare peut se montrer très promptement après le début d'un état morbide traumatique ou spontané, présentant une marche aiguë ; c'est à cette mortification rapide, qu'un médecin allemand, Samuel, donna, en 1860, le nom de *décubitus aigu*, ou, pour me servir de son expression, de *decubitus acutus*.

La maladie s'annonce par l'apparition d'une tache de forme arrondie ou ovale, d'un rouge foncé, sur laquelle le lendemain se montrent des bulles remplies d'une sérosité roussâtre. Ces bulles se rompent vite et laissent voir la surface dermique violacée, grise et bientôt noire. Puis au bout de quelques jours, si l'existence du malade n'est pas interrompue, il se forme autour de l'eschare une inflammation éliminatrice, et la partie mortifiée se détache peu à peu, pour laisser une plaie qui peut se cicatriser ultérieurement. Habituellement la peau

seule est atteinte ; mais dans certains cas les parties sous-jacentes, le tissu musculaire, le tissu fibreux, les aponévroses, les os eux-mêmes participent à la mortification.

Le décubitus aigu se montre principalement à la fesse, à la région sacrée, au niveau des trochanters ; la partie atteinte variant d'ailleurs suivant la maladie dans le cours de laquelle survient l'eschare. En effet, cette gangrène aiguë n'est jamais primitive, elle est toujours consécutive et elle survient presque exclusivement sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux, soit du cerveau, soit de la moelle ; Brodie paraît être le premier qui l'ait signalée, en 1837, comme ayant apparu quarante-huit heures après une blessure qui avait atteint la moelle épinière ; des faits semblables furent publiés ensuite par Bright, Jeffreys, Olivier d'Angers, Brown-Séquard et enfin par Charcot, qui, le premier en 1868, indiqua la valeur symptomatique du décubitus aigu et son siège spécial en rapport avec le siège de la lésion du système nerveux. En effet, d'après Charcot et d'après les auteurs qui se sont occupés plus tard de la gangrène aiguë, le décubitus aigu se manifeste presque exclusivement dans le cours de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau, ainsi que dans les lésions traumatiques ou spontanées de la moelle épinière. Plus fréquente dans l'hémorrhagie que dans le ramollissement, la gangrène aiguë pourrait être consécutive à des plaies de tête, à des tumeurs cérébrales, à des pachyméningites ; les lésions médullaires qui peuvent lui donner naissance sont les blessures de la moelle, la myélite diffuse, l'hématomyélie, beaucoup plus rarement les scléroses, l'altération portant alors sur les parties corticales ou sur les cordons postérieurs. Les eschares peuvent encore se former à la région des trochanters, aux genoux, aux malléoles, aux talons, aux orteils ; mais, comme je l'ai déjà dit, les régions où on les observe le plus souvent sont les fesses et la région

sacrée. Lorsque la cause est cérébrale, la mortification a lieu sur la fesse, du côté de l'hémiplégie et par conséquent du côté opposé à la lésion ; elle se manifeste promptement après le début, du deuxième au cinquième jour. Dans le cas de lésion de la moelle, l'eschare, siégeant habituellement à la région sacrée, se montre un peu plus tardivement, du quatrième au cinquième jour, et il semble résulter des observations qu'elle paraîtrait d'autant plus tôt que la lésion serait située plus haut, mais qu'elle serait plus fréquente dans les maladies situées à la partie inférieure de la moelle.

Dans la production de la mortification de la peau, la pression exercée pendant un certain temps sur le point gangrené joue évidemment un certain rôle, puisque l'eschare ne se développe que dans les endroits comprimés, mais la mortification arrive si vite que cette pression ne peut être regardée que comme une circonstance accessoire, et qu'on doit attribuer la gangrène à la suppression de l'influence trophique qui siège dans certains points encore indéterminés du système nerveux et qui préside à la nutrition des tissus.

Une fois formée, si la vie du malade persiste, l'eschare se comporte comme les autres mortifications de la peau, dues à des causes variées ; si la gangrène se limite et si elle est peu profonde, les tissus mortifiés se détachent graduellement et la cicatrisation peut avoir lieu ; mais souvent aussi les désordres locaux s'étendent en superficie et en profondeur, il survient une plaie de mauvaise nature, une suppuration abondante se produit et le malade succombe, soit avec les symptômes d'une fièvre hectique ou d'une infection purulente, soit par le fait d'embolies, soit même par le fait d'une méningite rachidienne ascendante qui peut s'étendre jusqu'à la base de l'encéphale.

L'apparition du décubitus aigu doit être regardée

comme un signe indicatif grave d'une lésion des centres nerveux, en n'envisageant que la gangrène, le pronostic est en rapport avec l'étendue et la profondeur de la mortification. Si la peau est seule atteinte, si même plus profonde, la lésion n'est pas très étendue, l'élimination des tissus mortifiés peut se faire et la guérison peut avoir lieu ; mais la cicatrisation est longue à obtenir, précisément à cause de cette altération dans la nutrition, qui a produit l'eschare et qui peut s'opposer à la réparation des parties détruites. Lorsque la mortification des tissus est étendue, la lésion gangreneuse par elle-même est grave et elle peut entraîner la mort.

Le traitement du *decubitus acutus* n'a rien de spécial, c'est celui de la gangrène des parties molles : il faut d'abord, s'il est possible, soustraire la région malade à la pression, puis laver les parties mortifiées avec du vin aromatique, avec de l'alcool camphré ou de l'alcool phéniqué étendus d'eau, avec une décoction de quinquina, et recouvrir l'eschare avec un morceau de sparadrap, ou la saupoudrer avec de la poudre de quinquina. Plus tard, pour favoriser le détachement des tissus mortifiés, tout en continuant les lotions stimulantes et antiseptiques, on appliquera de la charpie imbibée de styrax, d'onguent digestif, de baume du commandeur ; et ensuite, pour exciter la vitalité de la plaie et pour amener la cicatrisation, on aura recours aux pansements avec la solution aqueuse de chloral et avec l'iodoforme. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'on joindra aux moyens locaux une médication générale tonique, destinée à soutenir les forces du malade et à favoriser la marche normale de la maladie vers la guérison.

b. Furoncle.

Le *furoncle* est une petite tumeur inflammatoire de la peau, douloureuse, dure, acuminée, se terminant par une ulcération et par l'élimination au dehors d'une petite masse blanchâtre ou jaunâtre, formée de quelques éléments gangrenés de la peau et à laquelle on a donné le nom de bourbillon. Le furoncle est désigné vulgairement sous le nom de *clou*, probablement à cause de sa forme acuminée.

Description et symptômes. — Le furoncle débute ordinairement par une légère élevure au-dessus du niveau de la peau; cette élevure est conique, en forme de clou, tantôt elle est pleine, en papule, tantôt elle représente une petite pustule ou même une vésicule remplie d'un liquide noirâtre, mélange de sérosité et de sang. Cette élevure, au milieu de laquelle se voit quelquefois un poil rudimentaire, s'entoure d'une auréole rouge qui s'étend en circonférence à mesure que la saillie augmente de volume; puis, au-dessous de cette saillie, la tumeur s'indure, la peau devient violacée et, peu de temps après le début, la partie malade devient le siège d'une douleur lancinante qui augmente graduellement et qui acquiert quelquefois une grande intensité. Au bout de quelques jours, souvent même le lendemain ou le surlendemain de l'apparition de l'élevure cutanée, son sommet s'ulcère, il s'en écoule à peine quelques gouttes de sérosité ou du pus, mais la tumeur reste dure, la pression n'en fait rien sortir à travers la petite plaie béante; le gonflement et la rougeur, d'une nuance brune, augmentent en étendue, la saillie est plus considérable, la douleur devient pulsative, puis térébrante, et après trois, quatre, huit ou dix jours pendant lesquels se développent ces phénomènes inflammatoires, la tumeur se ramollit, une petite quan-

tité de liquide purulent s'écoule par l'ouverture du sommet; cette quantité augmente de jour en jour, l'ouverture s'agrandit, devient plus profonde, cratériforme, et enfin laisse échapper une masse filamenteuse, grise ou jaunâtre, constituée par des débris des tissus cutané et conjonctif sphacélés; c'est ce qu'on appelle le *bourbillon*. Après la sortie de cette masse, qui n'a lieu qu'en plusieurs fois lorsque le furoncle a un volume assez considérable, la douleur cesse, la tuméfaction diminue rapidement, la rougeur s'efface, l'ulcération se sèche, revient sur elle-même et se cicatrise promptement.

Le volume du furoncle varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix : la douleur est habituellement en rapport avec l'intensité du gonflement; et dans certains cas, à la sensation douloureuse ressentie dans la tumeur viennent se joindre des élancements sur le trajet des nerfs voisins, qui constituent de véritables névralgies. Presque constamment aussi, surtout lorsqu'il s'agit de furoncles d'un certain volume, les ganglions lymphatiques voisins s'enflamment, augmentent de volume et deviennent douloureux; quelquefois même on peut constater, dans le voisinage du clou, quelques raies rouges et sinueuses indiquant l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ambiants; plus rarement les mêmes phénomènes inflammatoires peuvent atteindre les veines.

Tantôt les furoncles sont circonscrits, discrets, tantôt ils sont confluents; dans la première forme, il n'y a qu'un seul clou ou, s'il y en a plusieurs, ils sont disséminés et suffisamment éloignés les uns des autres, séparés par des intervalles de peau saine; mais d'autres fois ils sont plus rapprochés, et alors on voit souvent un clou assez volumineux entouré de plusieurs autres d'un petit volume, qui semblent être ses satellites; quelques-uns de ces petits furoncles ne sont même constitués que par une légère élevure papuleuse qui avorte en se terminant par

une desquamation ou par une vésico-pustule qui se rompt et se dessèche promptement. Mais d'autres fois plusieurs furoncles plus ou moins volumineux sont rapprochés, ils se confondent et donnent lieu alors à un gonflement considérable et à une rougeur vive et étendue. Lorsque plusieurs de ces furoncles sont ainsi agglomérés, lorsqu'ils se réunissent, l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-cutané et il survient alors un *anthrax*, maladie de la même nature que le furoncle, mais qui doit être décrite à part à cause de son siège anatomique différent et à cause de sa gravité. L'anthrax n'est pas, à proprement parler, une maladie de la peau, nous n'avons pas à nous en occuper ici, c'est d'ailleurs une affection chirurgicale.

Les furoncles peuvent occuper toutes les régions du corps, mais ils se développent de préférence à la région fessière, à la nuque, au dos, à la partie antérieure de la poitrine et à la face.

Lorsque le furoncle est unique ou lorsqu'il n'en existe qu'un petit nombre et surtout lorsqu'il n'en existe aucun d'un volume considérable, la maladie est purement locale, il n'y a pas de fièvre et les fonctions générales s'accomplissent régulièrement; tout au plus existe-t-il un peu moins d'appétit, de l'insomnie par suite de la douleur, et un léger sentiment général de malaise. Lorsque le furoncle est très volumineux ou lorsqu'il en existe simultanément un certain nombre, il peut y avoir de la fièvre, de la perte d'appétit et de l'insomnie. C'est principalement lorsque le furoncle siège dans la région cervico-faciale qu'on voit survenir des phénomènes généraux d'une certaine gravité. Dans ces cas la douleur locale dans l'endroit occupé par le furoncle est très vive, et il s'y joint souvent des élancements douloureux sur le trajet des nerfs de la cinquième paire, très nombreux dans cette région. Quelquefois même les phénomènes géné-

raux prennent une grande intensité ; il y a quelques frissons à plusieurs heures de distance, la température est à 39 ou 40 degrés, le pouls monte à 100 et 120 pulsations, la face est profondément altérée, la langue se sèche, il y a du délire, de la prostration, des douleurs constrictives dans le ventre et dans la poitrine, et le malade peut succomber avec les symptômes typhiques de l'infection purulente. J'ajoute que dans cette forme maligne dont il existe maintenant un certain nombre d'exemples dus au chirurgien danois Trude, en 1860, à Stephenson en Angleterre, à Guntner en Allemagne (1862), à Nadaud (thèse de Paris), 1864, et plus récemment à Le Dentu, à Verneuil, à Reverdin, à Denucé, l'autopsie a démontré l'existence d'une phlébite des veines du cou ou de la face, particulièrement de la veine ophthalmique, et la présence du pus dans la dure-mère, dans les méninges, ainsi que la formation d'abcès dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans le tissu cellulaire de la face et plus rarement dans les organes éloignés.

Marche, durée, terminaisons. — J'ai déjà indiqué le début du furoncle qui peut avorter et ne consister que dans une papule ou une pustule initiale, mais le plus ordinairement la tumeur se développe et parvient à la période de mortification et d'élimination ; au bout d'un temps qui peut varier depuis six à sept jours jusqu'à quinze ou vingt jours, la tumeur s'affaisse, la cicatrisation se fait, et, lorsqu'il s'agit de furoncles d'un certain volume, la cicatrice peut être permanente. Quelquefois il n'y a qu'un furoncle au même moment, d'autres fois il s'en développe plusieurs simultanément, mais ce qui est ordinaire c'est que plusieurs clous se montrent successivement à courts intervalles, et qu'à un furoncle qui se termine succèdent un ou plusieurs autres furoncles qui se développent ; et cette succession peut se prolonger

pendant plusieurs mois, voire même pendant deux ou trois ans. Il y a là une disposition morbide spéciale, une véritable diathèse, une maladie infectieuse, à laquelle on a donné le nom de *diathèse furonculeuse*. Presque constamment le furoncle se termine par la guérison et cette diathèse spéciale elle-même finit par s'épuiser, à moins qu'elle ne soit due à une influence morbide permanente, telle que celle qu'on observe dans le diabète, et dans ce dernier cas on voit de temps en temps et à des intervalles variables survenir un ou plusieurs furoncles. Dans des cas exceptionnels que j'ai déjà indiqués et surtout lorsqu'il s'agit des furoncles de la face, la maladie peut se terminer par la mort par le fait de phlébite et d'infection purulente. Je dois signaler comme plus commun un autre mode de terminaison fâcheuse, quoique moins grave, c'est celui qui a trait à la transformation d'un furoncle en anthrax ; c'est ce qui a lieu dans certains furoncles très rapprochés ou volumineux, l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-cutané et l'anthrax se produit.

Anatomie pathologique. — Les opinions relatives au siège élémentaire et à la nature du furoncle ont beaucoup varié : pour ne remonter qu'à Dupuytren, cet illustre chirurgien plaçait le siège du furoncle dans les tissus cellulo-adipeux qui remplissent les aréoles de la face interne du derme, et considérait le bourbillon comme le résultat de la mortification partielle de ce tissu gonflé par l'inflammation et étranglé par les mailles inextensibles des vacuoles dermiques. D'autre part, Gendrin, Nélaton, Denonvilliers, Gosselin, tout en continuant à considérer le tissu cellulaire sous-dermique comme le siège anatomique du furoncle, refusaient de regarder le processus morbide comme un travail de mortification et voulaient voir dans le bourbillon un produit inflammatoire analogue aux pseudo-membranes produites par l'inflammation des membranes séreuses. Enfin, je dois

dire que dans l'état actuel de la science on paraît porté à penser que le furoncle a son siège anatomique dans les glandes de la peau et particulièrement dans les glandes pilo-sébacées. La forme circonscrite et arrondie du furoncle, l'existence d'un orifice au sommet de la tumeur, la présence fréquente d'un poil au centre de cet orifice, la nature du bourbillon qui présente à l'extérieur un tissu fibroïde et au milieu un amas de matière amorphe et de cellules épithéliales, composition qui rappelle l'organisation des glandes cutanées, sont en faveur de cette opinion formulée d'abord par le professeur Richet et appuyée sur les derniers travaux d'histologie pathologique. C'est d'ailleurs dans les régions riches en follicules sébacés qu'on voit le plus souvent se développer les furoncles, au dos, au cou, à la figure, aux aisselles. Les orgeolets qui se comportent comme les furoncles siègent dans les glandes de Meibomius qui ne sont que des follicules sébacés ; les abcès furonculeux du conduit auditif externe siègent dans les glandes cérumineuses, et les furoncles si communs aux aisselles paraissent siéger dans les glandes sudoripares. Quant au bourbillon qui laisse après lui une excavation bien apparente, sa composition fibreuse à l'extérieur et la présence des cellules épithéliales à l'intérieur semblent bien indiquer qu'il est formé par une glande cutanée mortifiée et éliminée.

Mais dans ces derniers temps, la question de la nature du furoncle s'est encore compliquée : dans le pus fourni par la tumeur, Pasteur, en 1880, a trouvé et décrit un parasite déjà entrevu par Hueter en 1874, et a pu le cultiver ; d'après notre savant français dont les opinions ont été bien exposées par Lowenberg (*Progrès médical*, 1881) et ont été acceptées par Cornil, ces parasites seraient des microbes aérobies, formés de petits *cocci* sphériques, réunis deux par deux, rarement par quatre, fréquemment associés en amas. Ce microbe, appelé *Pyogenus au-*

reus, *Staphylococcus*, se trouverait dans l'épaisseur de la peau, mais ne pénétrerait pas dans le sang de la circulation générale; il peut se cultiver dans de la levure de bière et dans du bouillon de poule. Ce microbe vivant dans l'air et dans l'eau pénétrerait dans les glandes cutanées par l'ouverture de leur conduit et principalement dans les glandes pilo-sébacées en suivant le poil qui leur servirait de conducteur. Une fois dans la glande, les organismes se multiplieraient et auraient une action délétère sur cette glande, dont ils détermineraient la mortification. D'un follicule malade, les microbes seraient transportés sur des glandes voisines et on aurait ainsi l'explication de la multiplication et de la succession indéfinie des furoncles. Je reviendrai tout à l'heure sur cette théorie à l'aide de laquelle on a cherché à expliquer la propagation de l'affection furonculeuse dans la même région ou dans les régions voisines.

Étiologie. — Les causes des furoncles peuvent être locales, ce sont celles qui amènent une irritation cutanée, telles que les frictions rudes, les frottements répétés, le contact de vêtements durs; c'est ainsi qu'on voit fréquemment des furoncles se développer et se perpétuer à la région fessière chez les cavaliers, surtout chez les soldats appartenant à la cavalerie pendant les premiers mois de la vie militaire. D'autres fois les furoncles viennent compliquer des plaies, des affections de la peau, inflammatoires, diathésiques ou parasitaires; l'affection furonculeuse semble être le résultat de l'extension de l'inflammation du corps muqueux aux glandes cutanées; fréquemment des furoncles succèdent à l'application de vésicatoires. Les frictions avec des pommades irritantes, l'application même de cataplasmes de farine de lin, le contact de poussières ou de substances irritantes ou même la malpropreté sont dans certaines professions la cause de furoncles fréquents.

Mais le plus ordinairement les causes sont générales, et ce sont surtout celles qui amènent une dépression de l'économie; tels sont les émotions vives, les chagrins prolongés, les veilles, le surmenage, une maladie longue et grave et particulièrement la variole et la fièvre typhoïde, pendant la convalescence. D'autre part, les furoncles ont paru souvent avoir pour cause une alimentation trop stimulante résultant de l'ingestion habituelle de charcuterie, de salaisons, de coquillages, ou encore l'usage immodéré du café, du vin et des liqueurs alcooliques.

Mais on doit savoir que souvent aussi la disparition furonculeuse est sous la dépendance d'un état morbide particulier ; et, parmi les maladies dont il s'agit, il faut citer en première ligne le diabète, dont le furoncle est une des conséquences si habituelle que l'apparition de plusieurs clous doit en faire soupçonner l'existence, puis la polyurie simple, l'alcoolisme et certaines intoxications par des matières putrides. En ce moment, j'ai sous les yeux l'exemple d'un homme atteint de néphrite interstitielle et présentant sur le dos une éruption furonculeuse prolongée.

Pour étayer la théorie de la nature parasitaire du furoncle, on a parlé dans ces derniers temps de quelques faits favorables à la transmission par contagion. Les cas dans lesquels il est possible d'invoquer cette cause sont bien exceptionnels, et on pourrait les expliquer par l'action de circonstances hygiéniques communes à des personnes vivant de la même manière et dans le même milieu. Pour ma part, je ne me rappelle pas avoir observé un seul cas authentique de furoncle contracté par contagion. Jusqu'à présent d'ailleurs on ne cite aucun exemple d'inoculation réussie.

Assez rare chez l'enfant, le furoncle est surtout commun à l'âge adulte et dans la vieillesse ; il paraît se développer plus fréquemment chez l'homme que chez la

femme, ce qui doit dépendre du genre de vie différent dans les deux sexes. On a cité quelques exemples d'épidémies de furoncles ; ces constitutions médicales réelles ont dû dépendre de certaines conditions hygiéniques communes à un grand nombre d'habitants d'un même pays. On a dit que les furoncles étaient plus fréquents au printemps et à l'automne ; je crois que la disposition furonculeuse existe au même degré en toute saison ; je pense également qu'elle peut se développer indifféremment chez tout individu, quelle que soit sa constitution, quel que soit son tempérament.

Diagnostic. — Le furoncle est ordinairement facile à reconnaître : sa forme conique, sa dureté, son ouverture précoce ne donnant issue qu'à une petite quantité de sérosité purulente, l'absence de fluctuation établissent une différence très appréciable entre le furoncle et l'abcès, différence que la présence du bourbillon vient encore accentuer. Il est plus difficile de distinguer le furoncle de l'anthrax, diagnostic important cependant pour le pronostic et pour le traitement ; on devra l'établir en sachant que le furoncle n'atteint jamais un volume supérieur à celui d'une noix, qu'il est bien délimité, qu'il est acuminé, très douloureux au toucher et qu'il ne présente qu'une seule ouverture, tandis que l'anthrax est plus volumineux, plus large que saillant, mal circonscrit dans ses limites, souvent peu douloureux au toucher ; on doit savoir surtout que le pus et les tissus gangrenés qu'il contient s'échappent par plusieurs ouvertures ; d'ailleurs les phénomènes généraux sont toujours bien plus graves dans l'anthrax que dans le furoncle. Il est encore important de savoir que le furoncle pourrait être pris pour une pustule maligne ; afin d'éviter cette erreur, on devra se rappeler que le clou est proéminent, que son sommet ne présente qu'une légère excoriation, qu'il ne se développe que lentement, tandis que la pustule maligne est

peu élevée, aplatie et présente à son centre une vésico-pustule entourée d'une auréole rouge, violacée, livide, recouverte de petites phlyctènes remplies de sérosité roussâtre ; au centre, à la place de la vésico-pustule, se forme promptement une eschare noirâtre qui gagne rapidement en superficie.

Mais le diagnostic ne doit pas se borner à reconnaître l'existence du furoncle ; il faut aller plus loin et se rappeler ce que je viens de dire à propos de l'étiologie, que le furoncle n'est souvent que l'expression d'un autre état morbide et que le plus ordinairement il est un indice de l'existence du diabète ; il y a donc nécessité de compléter le diagnostic en cherchant à découvrir les caractères et les signes de la maladie protopathique.

Pronostic. — Quand les clous sont uniques ou en petit nombre, lorsqu'ils n'ont qu'un petit volume, ils constituent une indisposition légère qui mérite à peine le nom de maladie ; mais lorsqu'ils atteignent une dimension assez considérable, ils sont très douloureux, ils apportent, suivant leur siège, une gêne assez considérable dans les mouvements et même dans l'exercice de certaines fonctions, c'est ainsi qu'un furoncle des lèvres peut empêcher de manger, qu'un furoncle du périnée peut amener de la dysurie et même de la rétention d'urine ; j'ai parlé également de la douleur causée par les clous de la face et des accidents graves dont ils pouvaient être la cause. D'un autre côté, la succession habituelle de plusieurs éruptions de furoncles, la longue durée de ces poussées successives peuvent à la longue affaiblir l'économie, déterminer l'amaigrissement et une altération des fonctions digestives. Relativement au pronostic, il faut ajouter encore que ces éruptions furonculeuses, peu graves par elles-mêmes, peuvent avoir une signification fâcheuse si elles sont sous la dépendance d'un état morbide grave et particulièrement si elles se rapportent

au diabète. Dans ce dernier cas, il ne faut pas oublier que le furoncle peut être le point de départ d'un anthrax toujours très redoutable.

Traitement. — On a prétendu pouvoir faire avorter le furoncle en le touchant dès son début avec de la teinture d'iode ou avec un crayon de nitrate d'argent ou même en y appliquant une compresse trempée dans l'alcool; je crois peu à ces moyens abortifs et je ne les ai jamais vu réussir. Le mieux, dès que le gonflement et la douleur surviennent, est d'appliquer sur la partie malade des cataplasmes de farine de riz ou de fécule ou encore de mie de pain et de lait, en proscrivant les cataplasmes de farine de lin qui ont pour inconvénient d'irriter la peau et de provoquer des éruptions érythémateuses et ecthymateuses, quelquefois même de favoriser l'apparition d'autres clous; les lotions émollientes, les bains, lorsque le furoncle ne siège pas à la face, sont des moyens adjuvants qui peuvent être utiles; il est rare qu'on puisse parvenir à calmer la douleur à l'aide des topiques narcotiques, cependant on pourra arroser les cataplasmes avec du laudanum; on réussit quelquefois à diminuer les douleurs intenses qui accompagnent les furoncles du conduit auditif externe, en introduisant dans ce conduit du coton imbibé de laudanum ou de baume tranquille. On a surtout proposé dans le traitement des furoncles une foule d'onguents et d'emplâtres dits maturatifs, qui ont pour but présumé de hâter le ramollissement du clou et l'évacuation du bourbillon, ces moyens ont pour inconvénient d'irriter la peau, d'y déterminer fréquemment des éruptions secondaires et leur effet est loin d'être certain; si on veut employer des maturatifs, le mieux est d'appliquer sur les furoncles un emplâtre de sparadrap ou de Vigo, Besnier recommande l'usage de ces emplâtres qui ont, pour les partisans de la nature parasitaire des furoncles, l'avantage d'isoler le mal et d'empêcher la dis-

sémination des spores. Pour ma part, dans la période inflammatoire, je préfère les cataplasmes et je n'emploie les emplâtres de sparadrap ou de Vigo ou même l'onguent digestif ou le styrax que pour favoriser le détachement du bourbillon et la cicatrisation, dans la dernière période de la maladie.

Il est encore un moyen de traitement très controversé, c'est l'incision du furoncle, conseillé par un grand nombre de chirurgiens et de médecins, dans le but de débrider l'étranglement causé par l'inflammation furonculeuse et de favoriser la sortie du pus et des tissus mortifiés. J'avoue que tout en conseillant les incisions larges et profondes dans le traitement de l'anthrax, je ne suis pas d'avis de les employer lorsqu'il s'agit des furoncles ; en les pratiquant on ne diminue nullement la douleur, on ne favorise pas la sortie du pus, qui n'est pas collectionné, ni l'évacuation du bourbillon, qui est très adhérent ; on a donc causé inutilement une douleur au malade et souvent on voit la cicatrisation de l'incision se faire plus tardivement que la cicatrisation du furoncle abandonné à lui-même. Je ne reconnais l'indication d'une incision que lorsque le furoncle ramolli tarde trop à s'ulcérer ou à se vider et dans le cas de furoncle antracoïde, c'est-à-dire dans le cas du furoncle, compliqué d'un phlegmon sous-cutané.

Lorsque les furoncles sont isolés ou peu nombreux, il suffit pour leur traitement d'employer les moyens locaux que je viens d'indiquer ; ces moyens sont également bons dans les cas où les furoncles surviennent sous l'influence d'une cause locale d'irritation ; mais dans ce dernier cas, pour empêcher l'éruption furonculeuse de se continuer, il est indispensable de changer les conditions sous l'influence desquelles sont survenus les clous et de supprimer la cause. Au contraire, lorsque les furoncles se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés et lorsqu'ils

semblent se développer sous l'influence d'une cause générale, il est nécessaire d'ajouter aux moyens locaux un traitement général; dans ce but, on a conseillé, comme le moyen par excellence, l'emploi des purgatifs, j'avoue pour ma part n'en avoir jamais constaté les effets heureux ; je dis plus, ils peuvent souvent augmenter la dépression générale, qui est assez commune. On a vanté avec plus de raison les alcalins, les préparations arsenicales et particulièrement la liqueur de Fowler; ce qui m'a le mieux réussi c'est certainement l'eau de goudron ou les capsules de goudron, et encore l'huile de cade donnée à l'intérieur en pilules ou sous la forme de capsules à l'huile de genévrier; et depuis que j'ai préconisé, en 1860, ce traitement des furoncles par les préparations du goudron, il a réussi entre les mains d'un assez grand nombre de médecins pour que son efficacité ne soit pas contestable. Lorsque la diathèse furonculeuse est sous la dépendance d'une maladie et particulièrement du diabète, il est évident que c'est la maladie principale que l'on doit combattre par les moyens qui lui sont applicables.

Mais, en tout état de choses, avec le traitement local et général, il est indispensable de soumettre les malades atteints de furoncles à une hygiène convenable ; il faut leur interdire les veilles, la fatigue du corps et de l'esprit, et ils devront s'abstenir dans leur alimentation de tout aliment stimulant, particulièrement des poissons, des coquillages, de la charcuterie, des salaisons, du gibier, du vin pur, du café et des liqueurs alcooliques. Un changement d'habitation, un changement d'occupations, un voyage ont quelquefois amené la guérison d'une disposition furonculeuse rebelle. Les eaux minérales peuvent également être utiles et celles dont je me suis le mieux trouvé sont les eaux de Vichy, de Royat, de Marienbad, de Carlsbad.

Nature du furoncle. — Pour terminer l'histoire du furoncle, il me reste à dire quelques mots sur sa nature : est-ce une inflammation, est-ce une gangrène, est-ce une affection parasitaire ; ces trois opinions ont été émises et soutenues. Il n'est pas douteux que le furoncle débute avec des phénomènes inflammatoires : la rougeur, la chaleur, la tuméfaction et la douleur observées au début appartiennent bien à une maladie inflammatoire. Les caractères d'une maladie gangreneuse sont moins évidents; le bourbillon n'a ni l'odeur, ni l'aspect d'une eschare; cependant comme je l'ai dit en parlant de l'anatomie pathologique, ce bourbillon, composé à l'extérieur de tissu fibreux et contenant à son intérieur des cellules épithéliales, ressemble bien à une glande cutanée mortifiée et éliminée, aussi je n'hésite pas à placer le furoncle au nombre des maladies à tendance gangreneuse, comme une affection dont le dernier terme est la mortification de la partie atteinte. Mais la cause de cette inflammation à terminaison gangreneuse doit-elle être attribuée à la présence de micro-organismes, et le furoncle est-il une maladie parasitaire. J'avoue que j'ai de la peine à accepter cette opinion, adoptée et soutenue par un assez grand nombre de médecins distingués; en traitant de l'étiologie, j'ai fait remarquer que le développement du furoncle était souvent le résultat de frictions rudes, de frottements habituels sur la région où les petites tumeurs se manifestaient, j'ai cité les cas assez communs où ils se développent à la suite de l'application d'un vésicatoire ou comme complication d'une affection de la peau ; l'existence bien avérée et assez commune de ces causes agissant localement ne font pas supposer l'intervention nécessaire de micro-organismes; l'absence de faits bien avérés de contagion est encore un argument dont je m'empare. Et cependant il y a des *micrococci*, je ne le nie pas, mais qui me dit que ces micro-organismes sont la

cause de la maladie, ne peuvent-ils pas en être une conséquence; ne peut-on les considérer comme étant analogues aux ptomaïnes qui produisent la putréfaction, mais qui ne sont pas la cause de la mortification. Et d'ailleurs dans la plupart des affections de la peau, ne trouve-t-on pas à l'examen microscopique un grand nombre de parasites communs, accessoires, et qui ne sont pour rien dans l'origine de la maladie; donc, dans l'état actuel des choses, et sans préjuger l'avenir, je ne me crois pas encore autorisé à considérer le furoncle comme une maladie parasitaire et je n'ai pas cru devoir placer cette maladie dans le chapitre consacré aux affections parasitaires cutanées.

c. Pustule maligne.

La pustule maligne constitue la première période du charbon. Je n'ai pas à parler ici du charbon, maladie septique générale causée par l'introduction d'un poison virulent spécial dans l'économie de l'homme et des animaux, poison que des recherches récentes de Davaine et de Pasteur ont permis de considérer comme formé par des micro-organismes; mais la pustule maligne, comme éruption, doit être décrite dans un ouvrage pratique de dermatalogie, il est indispensable d'étudier ses caractères et sa marche pour pouvoir la reconnaître et pour savoir la distinguer d'autres affections cutanées avec lesquelles elle offre quelque ressemblance.

Etiologie. — Pour procéder par ordre, dans une affection septicémique il me paraît nécessaire de parler d'abord des conditions dans lesquelles elle se contracte : c'est presque exclusivement par le contact des bestiaux charbonneux, morts ou vivants, que la maladie se développe; aussi elle se rencontre surtout chez les personnes que leur profession expose au contact de ces animaux :

chez les agriculteurs qui les soignent et les pansent, chez les bouchers qui les tuent et qui les dépècent, chez les mégissiers qui manient leurs dépouilles. Toutes les parties de l'animal malade : la peau, les muscles, les viscères, le sang surtout sont empoisonnés et peuvent transmettre le charbon; Pasteur a même prouvé par des expériences incontestables que la terre qui recouvre un animal mort du charbon et enterré, pouvait conserver pendant plusieurs mois une faculté contagieuse. L'infection a lieu, soit par simple contact, soit plutôt par inoculation à la faveur d'une excoriation, d'une petite fissure de l'épiderme qui servent de portes d'entrée au virus. On a admis aussi, avec raison, je pense, et en se fondant sur d'assez nombreuses observations, que l'infection pouvait avoir lieu par l'intermédiaire de mouches ou d'insectes transmettant le virus par leur piqûre après avoir sucé le sang de bestiaux malades, morts ou vivants.

On comprend que le charbon constitué par un principe septique spécial pourrait se transmettre de l'homme à l'homme, mais cette transmission n'est pas encore démontrée faute d'observations positives. Comme fait important je signalerai l'immunité reconnue pour certains animaux et particulièrement pour les chiens et pour les oiseaux. Dans l'état actuel de la science on ne croit plus à la spontanéité du charbon.

Description. — Entre le moment où le poison a été introduit dans l'économie et celui où il manifeste sa présence par une éruption dite pustule maligne qui se développe à l'endroit contaminé, il s'écoule une période de temps dite d'incubation qu'il est souvent difficile d'apprécier, mais qui paraît être courte; puis, à un moment donné, avec ou sans une légère sensation de démangeaison, on voit apparaître sur le point qui a été contaminé une petite tache rouge semblable à une piqûre de puce, qui se transforme assez vite en une vésicule peu

saillante, aplatie, quelquefois ombiliquée et remplie d'une sérosité brunâtre. Au dessous de la vésicule, se forme bientôt une surface œdémateuse qui s'étend un peu au delà de sa base; puis la vésicule se rompt et le point qu'elle occupait se déprime et apparaît sous la forme d'une tache brune, violette ou noire, c'est une véritable eschare formée aux dépens du derme. Autour de cette eschare se dessine un cercle d'un rouge foncé sur lequel se développe un cercle de vésicules remplies d'un liquide brun composé de sang et de sérosité. Au dessous de l'eschare et de ce cercle vésiculeux, il existe de la tuméfaction, et autour du cercle on voit souvent une auréole inflammatoire d'un rouge brun. Cette tuméfaction, cette rougeur augmentent en étendue, et au bout de deux ou trois jours on voit la pustule maligne constituée par une tumeur arrondie, déprimée et noire au centre, brune à la circonférence, recouverte de vésicules inégales en volume, les unes déchirées, les autres remplies d'une sérosité brune. Au début de cette éruption il existe ordinairement un léger prurit, plus tard, il survient souvent un peu de cuisson, mais habituellement la partie tuméfiée est presque indolente, et la douleur ne se développe qu'un peu plus tard dans les ganglions lymphatiques voisins, qui s'enflamment ainsi que quelques vaisseaux lymphatiques proches de la tumeur, lesquels apparaissent sous la forme de cordons aplatis, d'une couleur rose.

Dans les premiers jours qui coïncident avec le développement de la pustule, la maladie paraît purement locale, c'est à peine s'il existe un peu de malaise général, un sentiment de courbature, une légère anorexie, de la céphalalgie et quelques frissons; mais, au bout de trois ou quatre jours, la fièvre survient, caractérisée par l'augmentation de la température et par la fréquence du pouls, la bouche devient pâteuse, puis sèche, il y a des douleurs épigastriques, des nausées, quelquefois de la diarrhée;

les urines sont rares, rouges, sans albumine ; de la céphalalgie, quelques vertiges surviennent ; alors la maladie est généralisée, il ne s'agit plus de la pustule maligne seule, l'économie entière est empoisonnée par le principe toxique et le charbon est déclaré. Cette période d'intoxication, qui survient ordinairement du troisième au cinquième jour, lorsque la maladie n'est pas entravée par un traitement convenable, se termine le plus souvent par la mort au bout de trois, cinq ou six jours, avec les phénomènes ordinaires de l'adynamie la plus prononcée : prostration extrême, intelligence obtuse, sentiment de faiblesse, défaillance, météorisme du ventre, selles involontaires, pouls petit, puis insensible, refroidissement des extrémités, facies hippocratique.

Pendant cette période d'intoxication, le mal local reste ordinairement stationnaire et est toujours constitué par cette tuméfaction œdémateuse de deux à trois centimètres de diamètre qui entoure la petite eschare centrale ; d'autres fois l'œdème s'étend et la gangrène elle-même peut gagner les parties voisines.

La pustule maligne peut se développer partout ; mais elle est observée le plus souvent sur les régions découvertes, au visage, au cou, aux mains, à l'extrémité inférieure des jambes chez les gens qui ne portent pas de bas ; on comprend que ces parties du corps, non protégées par les vêtements, sont plus exposées au contact direct de l'agent septique.

La *marche* de la pustule maligne est rapide, elle se développe et atteint son entier développement en trois, quatre ou cinq jours ; à ce moment apparaissent les phénomènes d'intoxication qui appartiennent au charbon, et ces derniers phénomènes eux-mêmes ont une durée qui varie de trois à six jours. On n'est pas encore fixé d'une manière bien certaine sur la durée de l'incubation, la plupart des médecins qui pratiquent dans les pays où

règne le charbon ont pensé qu'il s'écoulait habituellement de deux à quatre jours entre le moment de l'inoculation et celui où apparaissait la tache initiale de la pustule.

Une fois déclarée et abandonnée à elle-même la maladie suit ordinairement la marche régulière et fatale que je viens d'indiquer et se termine par la mort. Dans quelques cas rares cependant, le mal reste local, les phénomènes généraux graves de la période d'intoxication ne se manifestent pas, la tuméfaction œdémateuse diminue, une inflammation éliminatrice se déclare autour de la partie mortifiée, l'eschare se détache, il survient une ulcération, et la guérison a lieu avec une cicatrice. Cette guérison peut même encore avoir lieu spontanément après le développement des premiers accidents généraux, mais cette terminaison favorable est alors bien rare.

Diagnostic. — Il est très important de reconnaître la pustule maligne le plus tôt possible pour pouvoir appliquer un traitement susceptible d'arrêter promptement la maladie dans sa marche et de prévenir l'intoxication générale : pour établir ce diagnostic il faut se rappeler que la pustule maligne débute par une vésicule contenant de la sérosité et non du pus, qu'au-dessous et autour de la vésicule se manifeste rapidement un gonflement œdémateux, d'une teinte brune, et sur lequel se développe une couronne d'autres vésicules remplies de sérosité et de sang ; il faut savoir que sous la vésicule initiale le derme s'escharifie sous la forme d'une petite tache brune ou noire ; il est important également de se rappeler que ces phénomènes éruptifs sont peu ou point douloureux. Les maladies avec lesquelles on peut surtout confondre la pustule maligne sont l'herpès fébrile, le furoncle et la piqûre de certains insectes.

Les plaques d'herpès fébrile constituées par le déve-

loppement de plusieurs vésicules groupées peuvent simuler la pustule maligne, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'un gonflement inflammatoire assez marqué, et lorsqu'au centre on trouve une vésicule noire, dont la coloration est due à la présence de quelques globules de sang, mais qui pourrait être prise pour la vésicule initiale de la pustule maligne. La marche ultérieure de la maladie suffit ordinairement pour la faire reconnaître, mais au moment même du début, la présence du pus dans certaines vésicules, le caractère inflammatoire et rouge vif du gonflement, l'existence de phénomènes fébriles antérieurs à l'éruption, suffisent ordinairement pour faire éviter l'erreur.

Il est plus difficile de faire le diagnostic entre la pustule maligne et le furoncle, ces deux affections ayant une tendance à se terminer par la gangrène ; toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit en parlant du furoncle, la forme acuminée de cette dernière maladie, la douleur qui l'accompagne dès son début, l'existence d'une vésicule purulente initiale, l'absence de couronne vésiculeuse, la tache grise centrale appartenant au bourbillon sont des phénomènes qui caractérisent suffisamment le furoncle.

Quelques personnes peuvent rapporter à la pustule maligne les phénomènes éruptifs et les sensations douloureuses qui suivent les piqûres de certaines mouches ou de certains insectes, et cela avec d'autant plus de raison que, comme je l'ai dit, les mouches peuvent être des agents de transmission de la maladie charbonneuse. Mais dans ces circonstances, le diagnostic sera facile, si on fait attention que dans les piqûres d'insectes, alors même qu'il existe un gonflement œdémateux et une vésicule centrale au point lésé, l'instantanéité de la douleur ou du prurit qui suivent immédiatement la piqûre, l'existence même de ces sensations douloureuses qui manquent totalement dans la pustule maligne, sont des phénomènes

utiles à constater pour reconnaître la nature spéciale de ces accidents.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même ou méconnue, la pustule maligne est très grave et doit être considérée comme la période initiale d'une des maladies infectieuses les plus sérieuses. D'autre part, cependant, il est possible de l'arrêter dans sa marche par un traitement énergique et alors, lorsque le traitement a été appliqué à temps, le pronostic s'affaiblit beaucoup et la guérison devient presque certaine.

Anatomie pathologique. — Je ne veux pas relater ici les différentes altérations anatomiques qu'on rencontre sur les cadavres des malades enlevés par le charbon, et je ne dois parler que de l'anatomie pathologique de la pustule maligne. L'eschare centrale qui existe au milieu de la tuméfaction œdémateuse est formée par un tissu dur, noirâtre, d'une épaisseur d'un à trois millimètres et qui n'est autre que le derme; quelquefois ce tissu n'a que l'apparence de la gangrène et on y rencontre des amas de vaisseaux capillaires encore perméables et quelques points ecchymosés; autour de la tache noirâtre on constate une infiltration sero-sanguine des couches épithéliales, ainsi qu'une injection du tissu conjonctif sous-dermique. Mais la caractéristique anatomique la plus importante consiste dans la présence au milieu de ces tissus et dans la sérosité des vésicules de micro-organismes décrits par Davaine sous le nom de *Bactéridies* et retrouvés par Pasteur ainsi que par tous les observateurs qui les ont recherchés depuis. Dans la première période de la maladie charbonneuse, avant les phénomènes d'intoxication générale, on ne constate la présence de ces bactéridies que dans les tissus altérés par la pustule maligne et dans la sérosité des vésicules; plus tard on en constate dans le sang, en quantité d'autant plus grande que la maladie a duré plus longtemps. Ces bactéridies

se présentent sous la forme de baguettes allongées, sans ramifications, le plus souvent droites, égales dans toute leur longueur et terminées carrément. A une dose infinitésimale ce sang inoculé à un animal lui transmet la maladie charbonneuse. Ces résultats microscopiques, ainsi que les expérimentations d'inoculation, le plus souvent réussies, permettent d'affirmer que la maladie charbonneuse est une maladie infectieuse due à l'introduction dans l'économie de l'homme et des animaux d'un principe septique représenté par les micro-organismes découverts et décrits par Davaine.

Traitement. — La pustule maligne reste pendant plusieurs jours une maladie locale; le poison septique avant d'envahir le sang et les autres organes demeure également pendant un certain temps dans le lieu où il a été déposé; de là cette conséquence que si on détruit la partie malade ou si on neutralise le poison dans l'endroit où il se trouve isolé, on peut empêcher la maladie générale de se développer, et on peut obtenir la guérison avant que les phénomènes ne se soient développés ou du moins avant qu'ils ne soient très graves. La connaissance de l'agent infectieux, cantonné d'abord dans un endroit isolé, explique parfaitement l'action bienfaisante des moyens locaux destructifs ou modificateurs, mais on doit avouer que ces moyens étaient déjà connus et appliqués avant la connaissance exacte de cet agent infectieux. La pratique empirique, comme dans bien d'autres circonstances, avait précédé la théorie scientifique.

Donc, en premier lieu, dès qu'une pustule maligne est reconnue, on doit chercher à détruire la partie malade en employant des moyens locaux énergiques, à la tête desquels on placera le cautère actuel : après avoir incisé l'eschare crucialement, après avoir percé et essuyé les vésicules, quelquefois même après quelques scarifications, on porte le fer rouge d'abord sur le point central,

puis sur toute la surface malade, de manière à atteindre et à détruire tous les tissus affectés. Au lieu du fer rouge on peut se servir de la potasse caustique, du chlorure d'antimoine, du caustique de Vienne, du sublimé en poudre ou de tout autre caustique, mais je dois dire qu'avec le feu, la cautérisation est à la fois plus profonde et plus circonscrite, les caustiques liquides et solides ayant pour inconvénient de fuser et de produire des eschares plus étendues qu'il ne serait nécessaire de le faire ; j'ajouterai cependant que des praticiens distingués tels que le docteur Raimbert, de Chateaudun, ayant de nombreuses occasions d'observer et de traiter des pustules malignes, ont grande confiance dans l'application du sublimé en poudre.

Quel que soit le moyen employé pour détruire la partie malade, une fois la cautérisation pratiquée, il ne s'agit plus que de favoriser l'inflammation éliminatrice et le détachement des eschares en employant des lotions stimulantes (décoction de quinquina, vin aromatique, eau phéniquée, eau alcoolisée) et les pommades détersives telles que le styrax ou l'onguent digestif. L'aspect favorable de la plaie et la cicatrisation sont une affaire de temps.

Au lieu de cautériser la pustule maligne on a proposé d'inciser et d'enlever avec l'instument tranchant la partie malade ; cette méthode est moins sure, elle expose davantage aux accidents consécutifs ; on y a renoncé à peu près complètement. Quant aux scarifications seules, elles sont insuffisantes, elles sont quelquefois utiles avant d'employer la cautérisation, car elles permettent au caustique de pénétrer plus avant dans les tissus.

Dans ces derniers temps, d'après les indications de Davaine, on a proposé comme remède contre la pustule maligne la teinture d'iode introduite dans l'épaisseur des tissus malades au moyen d'injections sous-cutanées ; et depuis que ce moyen a été proposé par Cezard

et par les docteurs Jaillet et Collet, un grand nombre d'observations est venu confirmer son efficacité ; je citerai surtout sur ce point un mémoire du docteur Chipault, d'Orléans (1), dans lequel sont relatés quatre faits de pustules malignes traitées exclusivement par les injections de teinture d'iode et dans les quatre cas la guérison fut obtenue. Aussi c'est un traitement qui tend à se généraliser et qui mérite d'être préféré aux caustiques puisqu'il permet d'éviter une déformation souvent très désagréable, surtout lorsqu'elle siège à la face et qui est inévitable après les cautérisations.

Dans le traitement de la pustule maligne avant l'apparition des phénomènes généraux, la médication locale tient le premier rang et souvent suffit ; mais il sera bon de soutenir l'économie par de l'eau vineuse, par des potions au quinquina et au cognac, par une alimentation suffisante. Ces moyens généraux sont surtout indiqués lorsque la période d'intoxication tend à s'établir.

CINQUIÈME CLASSE

CONGESTIONS CUTANÉES

La congestion cutanée est caractérisée par une tache rose, rouge ou brune, survenant sur un endroit quelconque de la peau, disparaissant sous la pression du doigt pour reparaître lorsque cette pression a cessé ; cette rougeur s'accompagne habituellement d'une sensation de chaleur plus ou moins vive, quelquefois même d'une légère cuisson. La congestion produit la lésion élémentaire qu'on désigne en dermatologie sous le nom de tache

(1) Chipault, *Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode en solution*. Paris, 1880. — *Bulletin de la Soc. de chir.* 1880.

exanthématique; elle est souvent le premier degré de l'inflammation cutanée et je n'ai pas à parler ici de cette variété de congestion; mais d'autres fois elle existe seule, sans que la lésion franchisse les bornes de l'hypérémie et c'est cette congestion simple qui va m'occuper; je parlerai ensuite de l'acné congestive.

a. Congestion simple idiopathique.

La congestion la plus simple est celle qui se produit instantanément sous l'influence d'une émotion, par le fait d'une impression de chaud ou de froid; on voit alors le visage se couvrir subitement d'une rougeur plus ou moins vive et qui n'est ordinairement qu'éphémère; il se joint à cette rougeur un léger sentiment de chaleur qui avertit les personnes de l'existence de cette congestion. Comme je le disais, c'est au visage, aux joues principalement, que se manifeste cette coloration; elle peut avoir lieu aux mains, au nez, aux épaules et à la poitrine : chez les femmes du monde qui se décoltent, il n'est pas rare de voir des taches rouges se dessiner sur le visage, sur les épaules et sur la poitrine au moment où elles entrent dans un salon très chaud. Pour quelques autres personnes, cette rougeur congestive ne vient que plus tard, alors qu'elles ont déjà été exposées pendant un certain temps à une grande chaleur; dans ce dernier cas la sueur peut se joindre à la rougeur et à la chaleur. Une congestion semblable peut se produire en été, en plein air ou dans des appartements, par le seul fait de la chaleur atmosphérique. Le même effet peut être amené par l'impression du froid : en hiver on sait que le visage, le nez surtout, les oreilles, les mains exposés au vent et au froid se congestionnent et deviennent rouges; un sentiment de picotement assez douloureux accompagne ordinairement la rougeur.

La congestion émotive est momentanée; elle ne tarde pas à se dissiper, quitte à revenir sous l'influence d'une cause de même nature. Les jeunes sujets des deux sexes, les personnes timides, impressionnables, sont très exposés à rougir pour la moindre cause, et, sous ce rapport, certains sujets ont une fâcheuse disposition qui les gêne, les intimide et les fait rougir encore davantage.

Cette congestion simple, émotive, est quelquefois le résultat d'une contraction exagérée du cœur et des vaisseaux, mais plus souvent est sous l'influence directe du système nerveux et du ralentissement de la circulation capillaire; il y a là une paralysie momentanée des nerfs vaso-moteurs qui produit une dilatation des vaisseaux, une stase locale du sang.

La congestion cutanée et particulièrement celle de la face est souvent symptomatique d'une autre affection : elle existe habituellement dans la fièvre, quelles qu'en soient la nature et la cause; tout le monde sait que les fébricitants ont la figure rouge et congestionnée; mais cette rougeur se développe plus particulièrement dans certaines maladies, c'est ainsi que les tuberculeux ont souvent les pommettes colorées, surtout au moment des accès de fièvre; et il faut noter, comme une particularité toute spéciale, la rougeur congestive qui survient à la joue, du côté du poumon malade, chez les personnes atteintes de pneumonie. J'ajouterai que la coloration du visage avec dilatation des veines cutanées se rencontre souvent chez les malades atteints de lésions mitrales, et que cette coloration n'est souvent que le premier degré de la cyanose qui se déclarera plus tard, et par les progrès de l'affection organique, aux lèvres, aux joues et aux extrémités du corps.

Cette congestion habituelle du visage avec dilatation des veinules superficielles n'est pas toujours liée à une affection cardiaque, elle peut exister seule, indépendam-

ment de toute autre maladie, et comme cette congestion siège au visage, comme elle est souvent associée à quelque variété de l'acné, elle a été décrite comme une des formes de cette dernière maladie et elle a été désignée sous le nom d'*acné congestive*. Je crois devoir lui consacrer un chapitre spécial.

b Acné congestive ou couperose.

L'acné congestive se rapportant à un trouble dans la circulation capillaire de la peau du visage, doit être distinguée avec soin des autres variétés d'acné, dont elle diffère essentiellement par son siège anatomique; c'est à elle qu'il faut conserver le nom de couperose employé à tort comme synonyme du mot acné. Elle a été encore désignée sous les noms d'acné rosée, d'acné érythémateuse. Parmi les auteurs modernes, Devergie est un de ceux qui en ont donné la meilleure description.

Symptômes. — Au début, la maladie s'annonce par des taches rosées ou rouges occupant une place limitée, soit aux joues, soit au nez, soit au front ou au menton, quelquefois s'étendant à la totalité du visage, même aux oreilles. Ces taches ne se montrent d'abord que par moments dans les circonstances qui favorisent l'aflux du sang à la tête; nous retrouvons là les caractères de la congestion simple. Mais bientôt les taches deviennent permanentes, la rougeur est plutôt pointillée qu'uniforme, les parties rouges sont unies, luisantes, on y voit quelquefois une légère desquamation; dans certains cas elles semblent un peu gonflées. En même temps le visage est le siège d'une chaleur incommode qui se fait sentir surtout dans les moments où la congestion augmente sous l'influence de quelque circonstance favorable à l'aflux du sang; chez certaines personnes, il se joint à ce sentiment de chaleur des bourdonnements d'oreille, de la pesanteur de tête,

des étourdissements qu'on doit rapporter à une congestion cérébrale concomittante. Enfin, à un degré plus avancé, quelques veinules deviennent plus apparentes soit sous forme de points arrondis, plus souvent en figurant de petites lignes rouges, droites ou sinueuses, formant des sortes de bouquets. Cette dilatation variqueuse, qui constitue particulièrement la couperose, coïncide ordinairement avec la rougeur congestive que je viens d'indiquer; quelquefois cependant elle existe seule. Souvent aussi à la rougeur congestive on voit se joindre quelques pustules d'acné simple ou même d'acné indurée, et cette complication assez commune explique comment certains auteurs ont placé la couperose au nombre des affections pustuleuses de la peau.

Marche. — L'acné congestive débute souvent par l'apparition de quelques pustules d'acné simple, autour d'elles quelques plaques rouges apparaissent au moment de leur développement, puis elles deviennent permanentes en présentant des différences d'intensité dans la coloration. Une fois établie, l'acné congestive a une grande tendance à se perpétuer, et cela est surtout vrai lorsque les veinules de la peau sont devenues dilatées et variqueuses.

Diagnostic. — Le diagnostic de la couperose est facile : le siège exclusif au visage, la coloration d'un rouge vif, l'absence de toute sécrétion, la sensation de chaleur sans démangeaison sont autant de caractères qui permettent de la reconnaître. La sécheresse luisante de la peau, l'absence de pustules et de tubercules la distinguent des autres variétés d'acné. Quant aux affections cutanées d'une autre nature avec lesquelles on pourrait la confondre, je ne vois que l'eczéma qui offre avec elle quelque ressemblance; le diagnostic pourrait surtout offrir quelque incertitude dans les cas où l'acné érythémateuse s'accompagne d'une légère desquamation; mais l'absence

de toute sécrétion séro-purulente antérieure, de toute démangeaison et la limitation précise de la rougeur sont autant de signes qui devront faire écarter la pensée de l'existence d'un eczéma.

Pronostic. — Nous avons peu de chose à dire du pronostic. La couperose est une maladie sans gravité réelle, mais sa persistance et son siège très apparent en font une difformité désagréable, qui inquiète et désole ceux qui en sont atteints. Nous avons connu des personnes, et particulièrement des femmes, très affligées de cette rougeur permanente et dont le système nerveux se trouvait par suite assez troublé pour qu'on vît se développer chez elles de l'hyponcondrie et même de la lypémanie.

Étiologie. — La couperose se développe chez les individus des deux sexes, mais elle est plus commune chez les femmes; elle ne survient pas avant l'âge de la puberté; j'en ai rencontré de fréquents exemples chez des jeunes filles; et à partir de quinze ou seize ans, elle peut débuter à tous les âges. La plupart des auteurs indiquent le moment de la ménopause comme une époque de la vie où la couperose se développe plus particulièrement; mes observations personnelles ne m'ont pas permis de confirmer cette assertion; j'ai vu presque constamment l'acné rosacée débuter avant la cessation des règles, et la ménopause m'a paru plutôt aggraver la maladie que la produire. L'influence du tempérament est peu évidente, cependant la maladie semble plus commune chez les personnes sanguines et nerveuses. Quant aux climats, on a signalé comme fâcheux pour la production de la maladie les pays froids et humides : la couperose est, en effet, fréquente en Angleterre et en Russie. L'hérédité joue un rôle assez important dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe; on la voit fréquemment être habituelle dans certaines familles, et particulièrement se transmettre de la mère à la fille.

Outre les causes prédisposantes que nous venons de signaler, on a admis encore comme pouvant amener la couperose, un assez grand nombre de circonstances accidentelles; on a surtout cherché à établir que la couperose était consécutive à une autre maladie; Biett et Cazenave ont professé qu'on devait chercher la cause la plus ordinaire de l'acné rosacée dans les affections de l'estomac, du foie ou de l'utérus; ils ont surtout fait jouer à la dysménorrhée un rôle très important dans la production de la couperose des femmes. J'avoue que, pour ma part, je ne puis accepter ces opinions; j'ai vu très fréquemment des personnes atteintes de couperose jouir de la santé la plus parfaite; et si parfois j'ai rencontré quelques cas de gastralgie ou de troubles menstruels, ces états pathologiques sont si fréquents en dehors de l'acné que je n'ai dû y voir que des coïncidences sans importance. Bazin a professé que l'acné congestive n'était qu'un des symptômes de l'arthritis, et il a cité de nombreux exemples à l'appui de son opinion. Il est vrai que les goutteux disposés aux congestions céphaliques et aux varices sont assez souvent atteints de couperose, mais cette maladie se montre assez souvent en dehors de la goutte et du rhumatisme pour qu'on puisse la considérer, le plus souvent, comme indépendante de ces deux affections. Les seules circonstances se rattachant à la santé habituelle que j'aie rencontrées assez communément pour que je les considère comme se rattachant à la couperose, sont le froid habituel aux pieds et un état de constipation rebelle.

Parmi les causes accidentelles, je pourrais signaler les excès de table, l'abus des boissons alcooliques et un travail assidu, la tête inclinée en avant, tel que le travail de cabinet ou le travail à l'aiguille; du reste, comme le froid aux pieds et la constipation habituelle, ces habitudes produisent une congestion céphalique, et nous n'hésitons pas à rattacher la couperose à cette congestion; aussi

nous considérons, comme pouvant produire cette maladie, tout ce qui favorisera l'afflux du sang vers les parties supérieures du corps. On peut comprendre ainsi comment le travail de la digestion, comment le séjour dans un lieu très chaud augmentent la rougeur chez les personnes atteintes de couperose; l'action de la chaleur est surtout fâcheuse lorsqu'on a été exposé auparavant au froid ou au vent; la réaction amène au visage une congestion sanguine, qui se manifeste par une vive coloration du teint. La violence du vent au bord de la mer et sur des plateaux élevés rend l'habitation de ces endroits mauvaise pour les gens disposés à la couperose ou déjà atteints de cette maladie.

On a accusé les cosmétiques appliqués sur la figure de produire la couperose; je ne crois pas ces applications innocentes, certaines substances sont irritantes et peuvent amener des érythèmes et des eczémas, d'autres sont toxiques et peuvent altérer la santé à la suite de leur absorption par la peau, mais je ne pense pas qu'elles soient susceptibles de causer la couperose. Ce qui a pu faire croire à cette influence fâcheuse des cosmétiques, c'est qu'on voit fréquemment, en effet, des personnes atteintes d'acné se couvrir le visage d'une couche de blanc, mais elles le font seulement dans le but de masquer la coloration trop vive du visage et déjà développée; et, d'un autre côté, on ne voit pas la couperose plus commune chez les gens, tels que les acteurs et les actrices, qui, par profession, se couvrent habituellement la figure de divers cosmétiques, souvent assez grossiers.

Traitement. — D'après des idées théoriques sur la nature de la couperose, qu'on considérait comme l'expression d'une affection générale, on l'a combattue longtemps à l'aide des purgatifs répétés, des boissons amères, des sudorifiques, des jus d'herbes, et de toutes les préparations qui font partie de la médication dite *dépurante*;

je dois me hâter d'affirmer que tous ces remèdes sont au moins inutiles. Ni les antiscorbutiques, ni les sudorifiques, ni l'iodure de potassium, ni les sulfureux, ni l'arsenic n'ont d'action sur la couperose. Les moyens hygiéniques consistant dans de légers laxatifs destinés à entretenir la liberté du ventre, dans des bains émollients, alcalins ou sulfureux, dans l'abstinence des boissons alcooliques, dans la privation du travail prolongé, dans les précautions contre le froid des pieds, dans les tentatives pour rétablir le cours régulier des règles chez les femmes, tous moyens vantés principalement par Biett et Cazenave, ont une certaine action pour empêcher quelquefois le progrès de la maladie, mais ce ne sont que des adjuvants d'une médication plus active ; et, sans les négliger, je suis loin d'y attacher la même importance que les auteurs que je viens de citer. Pour moi, d'après l'expérience que m'a donnée l'observation d'un grand nombre de faits, dans le traitement de la couperose, je place au premier rang les moyens locaux, et j'ai employé souvent avec succès et dans des cas intenses, des lotions, des pommades et des douches appliquées sur les parties malades. Les lotions que je préfère sont les lotions d'eau chaude à une température aussi élevée que les malades peuvent la supporter ; ces lotions, répétées matin et soir et faites rapidement pendant une minute environ, amènent d'abord de la chaleur et de la rougeur au visage, mais bientôt l'afflux du sang cesse et, par une réaction contraire à celle que provoque l'action de l'eau froide, les parties touchées par l'eau chaude pâlissent et se refroidissent pour quelque temps. On conçoit ainsi que des lotions habituelles puissent, au bout d'un certain temps, diminuer le mouvement congestionnel qui a lieu vers la tête. Ces lotions sont quelquefois d'eau pure, d'autres fois on y joint quelques gouttes de teinture de benjoin, quelques gouttes d'une liqueur aromatique,

telle que l'eau de Cologne, ou bien même une légère dose d'une solution de sublimé (pour un verre d'eau chaude, une cuillerée à café d'une solution de 1 gramme de sublimé dans 150 grammes d'eau). On peut encore employer les eaux sulfureuses artificielles, mais elles sont moins efficaces que les solutions mercurielles. Ces lotions prescrites dans le début de la maladie, m'ont suffi souvent pour arrêter les progrès du mal et pour rendre au teint son aspect normal. Mais, le plus ordinairement, lorsque la rougeur est vive, lorsque la maladie date déjà de plusieurs mois ou de plusieurs années, il faut joindre aux lotions des onctions de pommades mercurielles : on se sert, dans ce but, d'onguent mercuriel très étendu d'un corps gras, de pommade au proto-chlorure, à l'oxyde rouge, ou proto-iodure, au bi-iodure de mercure, en employant ces sels à petites doses.

Je donne la préférence au proto-iodure de mercure, que j'incorpore à de l'onguent rosat ou à tout autre corps gras, d'abord dans une très faible proportion (onguent rosat, 15 grammes; proto-iodure de mercure, 10 ou 15 centigrammes), puis j'augmente graduellement la dose du sel mercuriel jusqu'à un soixantième, en continuant ainsi ce traitement local pendant plusieurs mois, et vers la fin, en éloignant les applications de pommade avant de les cesser tout à fait. Au lieu de proto-iodure, on pourrait employer aussi bien l'iodure de chlorure mercureux, vanté par Sellier et F. Rochard; à dose égale, les effets sont à peu près les mêmes, mais j'ai l'habitude de me servir du proto-iodure, parce qu'il se trouve partout, tandis que le sel de Boutigny est plus rare et peut ne pas être bien préparé. L'application de ces pommades à la dose que j'ai indiquée donne lieu d'abord à une rougeur, quelquefois assez vive, et à un sentiment de chaleur de la partie de la peau qui a été touchée; mais ces phénomènes de réaction durent peu et s'effacent au

bout de quelques jours, malgré la continuation de la pommade, pour reparaître chaque fois qu'on augmente la dose du sel mercuriel. Au bout d'un certain temps la peau pâlit, la rougeur disparaît ; mais, pendant tout le traitement, la peau reste rugueuse et quelquefois couverte d'une crasse grisâtre qui disparaît dès qu'on cesse les onctions.

Ce traitement local paraît véritablement agir comme un moyen substitutif, en déterminant, à la place d'une congestion inflammatoire chronique qui n'a pas de tendance à guérir, une irritation artificielle aiguë de la peau, qui remplace la maladie primitive et qui disparaît elle-même dès qu'elle n'est plus entretenue par les applications de pommade. Quelle que soit l'explication, l'effet de ce traitement est souvent heureux, et j'ai eu de nombreuses occasions de l'employer avec succès. Je lui donne de beaucoup la préférence sur le traitement de Rochard, consistant dans l'emploi d'une pommade contenant 75 centigrammes d'iodure de chlorure de mercure pour 30 grammes d'axonge ; cette pommade détermine une vive douleur, et son application est suivie de la formation d'une croûte grise épaisse, qui couvre le visage d'une manière très fâcheuse, tandis que, d'après mon procédé, il n'y a pas de douleur et la pommade plus faible ne donne lieu qu'à une légère rougeur peu appréciable et peu durable.

J'ai encore employé souvent avec avantage des lotions astringentes avec des solutions d'extrait de saturne ou de sulfate de zinc; mais, dans ce sens, ce qui m'a le mieux réussi, ce sont des lavages avec un verre d'eau tiède additionné d'une cuillerée à bouche d'une solution de 10 grammes d'alun dans 300 grammes d'eau aromatisée de quelques grammes de teinture de benjoin ou d'alcool camphré.

Enfin, dans les cas rebelles et anciens d'acné conges-

tive, on peut encore employer les douches de vapeurs ou d'eaux sulfureuses dirigées sur les parties malades, lesquelles, en déterminant une stimulation momentanée, diminuent quelquefois la rougeur et la congestion habituelles du visage. L'action est ici la même que celle des lotions chaudes et des pommades irritantes. Une semblable stimulation salutaire peut encore être demandée aux eaux minérales chaudes naturelles : on conseillera surtout les eaux sulfureuses de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, d'Ax, etc., qu'on administrera en bains et en douches faibles sur le visage ; les eaux de Louèche, qui produisent une violente poussée, ont également été utiles, principalement dans les cas graves. Je signalerai encore les eaux de Schlangenbad, dans le duché de Nassau, qui jouissent d'une grande réputation, un peu exagérée, dans le traitement de la couperose. Mais je dirai surtout, en terminant, que toutes ces eaux minérales sont meilleures pour consolider une guérison que pour l'effectuer réellement.

SIXIÈME CLASSE

HÉMORRHAGIES CUTANÉES

Les hémorrhagies cutanées sont constituées par la présence dans l'épaisseur de la peau, de sang sorti des vaisseaux soit par rupture, soit par diapédèse. Elles sont caractérisées par des taches d'abord rouges, puis diversement colorées, en brun, en vert, en jaune, suivant les modifications subies par le sang dans sa résorption ; ces taches, le plus ordinairement, ne sont pas douloureuses, et, circonstance importante pour le diagnostic, elles ne disparaissent pas par la pression, ce qui se comprend

puisque le sang sorti des vaisseaux et épanché au milieu des éléments de la peau, ne peut se déplacer.

Suivant leur forme, les hémorrhagies cutanées ont reçu différents noms : les *pétechies* sont des taches de petite dimension, arrondies, punctiformes; les *vibices* sont des taches allongées, droites ou sinueuses, en forme de traînées; les *ecchymoses*, de forme variable, sont d'une dimension plus considérable; enfin on donne le nom d'*ecchymome* à une tumeur pouvant avoir le volume d'un pois à celui d'une noix et formée par une quantité de sang assez considérable pour distendre la peau et former une saillie. Ces ecchymomes se montrent surtout dans les régions où la peau recouvre des parties peu charnues et où elle se trouve appliquée près du tissu osseux, à la tête, par exemple, ou au-devant du tibia.

Les hémorrhagies de la peau sont quelquefois tout à fait accessoires, comme cela se voit dans les pustules de la variole, dans le pemphigus, et même quelquefois dans les bulles de l'érysipèle. La présence du sang est ordinairement le résultat d'un mauvais état général; cependant dans le zona, dans l'urticaire, dans quelques variétés d'érythème, l'ecchymose qui accompagne l'éruption n'a pas grande importance, elle indique seulement l'intensité de la congestion poussée jusqu'à l'hémorrhagie.

Sous le rapport de la pathogénie, les hémorrhagies cutanées peuvent être sous la dépendance d'une disposition congénitale se rapportant à ce qu'on appelle l'*hémophilie* et coïncidant alors avec des hémorrhagies des membranes muqueuses, particulièrement avec l'épistaxis, et avec des hémorrhagies extérieures abondantes, sous l'influence de la moindre blessure.

Quelquefois les hemorrhagies cutanées sont traumatiques, comme cela se voit à la suite d'une piqûre d'épingle, à la suite de la piqûre d'un insecte; la tache que laisse sur la peau la piqûre d'une puce en est un exemple

bien évident ; mais elles surviennent surtout à la suite d'une contusion : dans ce dernier cas, l'hémorrhagie se manifeste sous la forme d'une ecchymose, quelquefois sous celle d'un ecchymome, lequel peut se terminer par résolution, le sang étant absorbé peu à peu, ou par suppuration, le liquide sanguin épanché agissant comme un corps étranger et déterminant l'inflammation du tissu conjonctif sous-cutané.

L'hémorrhagie cutanée peut être idiopathique, je le dirai tout à l'heure en parlant du purpura, mais le plus ordinairement elle est symptomatique soit d'une altération du sang, soit d'une lésion des organes circulatoires, soit d'une affection du système nerveux. Par le fait d'un trouble dans la circulation d'une région, on voit quelquefois survenir des hémorrhagies cutanées ; c'est ce qui a lieu aux membres inférieurs chez les individus atteints de varices; on voit apparaître alors des taches sanguines qui se reproduisent incessamment ; une partie de la matière colorante du sang finit même par rester dans les tissus de la peau et il survient alors une pigmentation brune permanente. C'est également d'une manière mécanique et par suite d'une exagération de pression dans les vaisseaux que se produisent des taches hémorrhagiques, après des efforts musculaires, ainsi que cela arrive après des quintes de toux convulsive, particulièrement dans la coqueluche, et après des attaques d'épilepsie. Dans ces circonstances les taches hémorrhagiques sont petites, punctiformes et se montrent presque exclusivement à la face et plus particulièrement aux paupières.

Ce que je viens de dire s'applique aux hémorrhagies cutanées interstitielles, à celles dans lesquelles le sang est épanché au milieu des éléments de la peau placés entre les papilles et l'épiderme, et même dans les éléments papillaires et dans le derme lui-même. Lorsque cette

hémorrhagie a lieu sans cause traumatique, on lui donne le nom de *purpura*. Mais l'hémorrhagie peut encore avoir lieu à la surface de la peau, sans solution de continuité, le sang s'écoulant par l'orifice des glandes sudoripares ; c'est un fait pathologique rare, exceptionnel, mais dont on possède quelques exemples authentiques ; on a donné à cette maladie le nom d'*hématidrose*. Je vais décrire successivement le purpura et l'hématidrose.

a. Purpura.

Définition ; historique. — Cette maladie, désignée aussi sous le nom de *péliose* par Swediaur et Alibert, connue sous le nom plus vulgaire de *pourpre*, décrite par Adair avec l'expression de *hemorrhœa petechialis*, est caractérisée par la présence de taches cutanées rouges, brunes ou jaunâtres, de forme et de dimension variables, mais ordinairement petites et arrondies, indolentes et ne disparaissant pas sous la pression du doigt ; elles sont constituées par du sang épanché dans l'épaisseur même de la peau. Willan et Bateman ont placé à tort le purpura dans l'ordre des exanthèmes, à côté de la rougeole et de la scarlatine ; Biett, reconnaissant cette erreur nosologique, sépara le purpura des fièvres éruptives à manifestation exanthématique, et le rangea à part, hors cadre ; Gibert n'envisageant que la lésion cutanée en fit une maladie maculeuse ; Alibert, plus près de la vérité, l'a classé à côté des pétechies dans les *dermatoses hémateuses*, consécutives à une altération de sang ; Cazenave, infidèle à sa classification fondée sur la considération exclusive des lésions élémentaires, en a fait une hémorrhagie de la peau. Je ne fais pas difficulté d'admettre les opinions d'Alibert et de Cazenave et je pense qu'on doit ranger le purpura dans la classe des hémorrhagies.

Willan et Bateman ont décrit cinq variétés du purpura :

1° le *P. simplex*, 2° le *P. hemorrhagica*, 3° le *P. urticans*, 4° le *P. senilis*, 5° le *P. contagiosa*. On ne doit conserver que deux de ces variétés, le purpura simple et le purpura hémorrhagique ; le purpura *urticans* n'est qu'une urticaire avec hémorrhagie concomittante, ou consécutive à l'éruption principale, le purpura *senilis* n'a de spécial que l âge des malades, et quant au purpura *contagiosa* c'est une complication de certaines fièvres éruptives, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine et, dans ces cas, ce n'est pas le purpura qui est contagieux mais bien la maladie dont il n'est qu'un épiphénomène. Je ne décrirai donc ici que le purpura simple et le purpura hémorrhagique ; mais je dois ajouter qu'en dehors de ces deux affections qui constituent des types pathologiques distincts, on rencontre encore les taches de purpura comme complication de certains états morbides avec altération du sang et principalement avec altération du nombre ou de qualité de ses globules ; c'est ainsi qu'on a occasion d'observer du purpura à la dernière période de certaines maladies entraînant la cachexie, telles sont le cancer, la tuberculose, les néphrites albumineuses, les affections organiques du cœur ; on rencontre encore plus souvent des taches cutanées hémorrhagiques dans les fièvres éruptives et dans la fièvre typhoïde. C'est là un purpura symptomatique ou plutôt une hémorrhagie cutanée consécutive à une altération spéciale du sang, c'est un phénomène accessoire qui a son importance clinique mais qui ne mérite pas une description à part. Il en est de même des taches ecchymotiques plus larges et plus profondes, qui existent dans le scorbut, associées avec les douleurs musculaires, le gonflement des gencives et les autres hémorrhagies qui font partie du cortège symptomatique de cette affection. Ces taches cutanées sont consécutives à une altération du sang et particulièrement à une altération de la fibrine

qui a subi une modification spéciale encore mal déterminée. Je reviendrai sur ce sujet en parlant du purpura hémorrhagique, difficile à distinguer, nosologiquement et cliniquement, du scorbut. Dans ces derniers temps on s'est surtout beaucoup occupé de la pathogénie des hémorrhagies cutanées, on a insisté sur le rôle joué pour leur production par les agents toniques et infectieux et on a cherché surtout à mettre en évidence l'influence exercée par le système nerveux. On a admis, outre les hémorrhagies cutanées, traumatiques et mécaniques, quatre variétés de purpura : 1° le purpura exanthématique qui n'est autre que le purpura simplex classique ; 2° le purpura cachectique; 3° le purpura infectieux et toxique ; 4° et le purpura névropathique. Je reviendrai tout à l'heure sur ces particularités. Mais en dehors de ces considérations pathogéniques, je pense que le purpura peut exister comme une maladie primitive et idiopathique, et même serait-il secondaire, il se présente toujours sous deux variétés distinctes, décrites séparément par les auteurs classiques, le purpura simple et le purpura hémorrhagique.

1° Purpura simple.

Cette maladie est caractérisée par des taches sanguines cutanées existant sans autre hémorrhagie ; elle débute ordinairement par un sentiment de malaise général, de courbature, par de l'inappétence et par les phénomènes particuliers à une fièvre peu intense ; puis, après quelques heures ou quelques jours de ces symptômes généraux, l'éruption apparaît sous la forme de taches cutanées ordinairement arrondies ou ovales, de petite dimension, de couleur rouge ou brune, sans saillie au-dessus du niveau de la peau et présentant ce caractère spécial qu'elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt

comme la plupart des taches éruptives; elles ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de cuissons, ni de démangeaisons; dans quelques cas, elles sont précédées par des plaques d'urticaire ou d'ecthyma. On les rencontre plus fréquemment aux membres inférieurs et plus particulièrement aux jambes, plus rarement au tronc et aux membres supérieurs; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en voit au cou et à la figure ; cependant on découvre quelquefois, mais rarement en même temps que les taches purpurines cutanées, des ecchymoses à la conjonctive et sur la muqueuse buccale.

Ces taches se développent promptement; quelquefois la plus grande partie du corps en est couverte dans l'espace de quelques heures; d'autres fois il se fait plusieurs éruptions successives dans diverses régions de la surface cutanée. Au moment de leur apparition, les taches de purpura sont d'un rouge vif; au bout de deux ou de trois jours, elles brunissent, puis elles pâlissent, deviennent rouillées, grises et disparaissent complétement sans laisser aucune trace. Mais comme, sur la même personne, plusieurs éruptions se succèdent souvent à des intervalles rapprochés, il résulte de ce fait qu'il existe souvent, en même temps, des taches de différentes nuances accusant des âges différents et présentant les colorations intermédiaires entre la couleur rouge vif de l'épanchement sanguin récent et la couleur grise appartenant à la période terminale de la résorption.

Le purpura simplex est quelquefois constitué uniquement par l'existence des taches; sauf un léger malaise au début, il n'y a pas d'autres phénomènes et la santé générales n'est pas altérée. Mais, comme je l'ai déjà dit, dans d'autres circonstances, les malades accusent de la céphalalgie, de la fatigue générale, ils se plaignent de douleurs plus ou moins vives, musculaires ou articulaires, et on constate l'existence de la fièvre. Quelquefois même, ces

douleurs ont précédé de quelques jours l'apparition des taches, et il existe du côté des articulations de la rougeur et du gonflement, signes d'arthrite. Cette forme de purpura se présente avec des caractères généraux qui la rapprochent des fièvres éruptives et de la fièvre rhumatismale ; elle a été décrite par certains auteurs sous le nom de *purpura exanthématique*, de *péliose rhumatismale*. Bazin a considéré cette forme de purpura comme une manifestation de la maladie constitutionnelle qu'il a désignée sous le nom d'arthritis ; il est vrai de dire qu'elle a été souvent observée chez des individus affectés de douleurs rhumatismales actuelles ou antérieures.

C'est ici le lieu de dire quelques mots du purpura nerveux : en 1876, le docteur Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, a signalé une variété de purpura qu'il a considérée comme étant d'origine nerveuse, et qui avait déjà été indiquée par Henoch, de Berlin, en 1868 ; dans cette forme morbide les taches de purpura sont petites, elles paraissent par poussées, elles sont accompagnées de troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, et souvent de gonflement articulaire ou péri-articulaire. Cette affection n'offre aucune gravité. De cette variété on peut rapprocher le purpura observé par Faisans (thèse de Paris, 1882), et auquel il a appliqué le nom de *purpura myélopathique*, parce qu'il survient dans le cours des affections chroniques de la moelle épinière, dans la myélite transverse, dans le cancer et la tuberculose du rachis, dans le tabes ataxique (Charcot, Straus). Faisans a noté que les taches de purpura étaient alors précédées par des éruptions ortiées, et qu'elles étaient accompagnées souvent par de l'arthralgie et par des plaques d'hyperesthésie ou d'anesthésie. Il considère cette affection purpurine comme analogue aux crises gastriques observées chez les tabétiques et il croit devoir les rattacher à l'hypérémie des faisceaux postérieurs de

la moelle, produisant des troubles trophiques dans les vaisseaux capillaires, tandis que Couty, rapprochant le purpura nerveux de la colique de plomb, a de la tendance à rattacher la maladie à une affection du grand sympathique.

La durée du purpura simple peut n'être que de huit à vingt jours; mais souvent la maladie se prolonge plus longtemps par des éruptions successives qui se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés; elle peut ainsi se perpétuer pendant deux ou trois mois, ou même pendant une année et plus. J'ai vu des malades, le plus souvent sans cause appréciable, être ainsi affectés de purpura revenant de temps en temps pendant dix, douze ou quinze ans : chez les femmes, le retour de l'hémorrhagie cutanée avait lieu bien souvent au moment des règles; en dehors de cette cause spéciale, l'éruption des taches hémorrhagiques paraissait quelquefois en rapport avec une fatigue physique ou avec une émotion morale.

A part ces cas chroniques, le purpura simple se termine ordinairement par la guérison ; cependant chez quelques malades le purpura simple se transforme en purpura hémorrhagique et la maladie revêt alors un caractère plus grave.

Le *diagnostic* du purpura simple est ordinairement facile, la nature des taches se reconnaît principalement par leur absence de saillie, par leur non-disparition sous la pression et par leur décoloration progressive. La bénignité des phénomènes généraux, l'absence de la fièvre ou son peu d'intensité feront facilement distinguer ce purpura des taches hémorrhagiques cutanées qui se développent sous l'influence de la cachexie ou dans le cours des fièvres éruptives. Il est cependant quelquefois difficile de différencier au premier abord les taches de purpura des piqûres de puce; cette erreur a été commise plusieurs fois; néanmoins, avec un peu d'attention, on

verra que ces dernières sont plus petites, plus régulières et qu'elles présentent au centre un point plus foncé.

Le *pronostic* du purpura simple est habituellement peu grave ; on doit cependant être prévenu de sa ténacité possible et de sa tendance aux récidives. Chez les individus affaiblis par l'âge, par les excès ou par les privations, cette éruption, en indiquant un mauvais état constitutionnel, peut avoir une valeur pronostique assez grave.

Étiologie. — Le purpura simple peut se montrer à tous les âges ; il est cependant plus commun dans la jeunesse et dans la vieillesse ; il a été observé plus souvent chez les femmes que chez les hommes. La fatigue occasionnée par des marches forcées, par un travail trop pénible a quelquefois déterminé la maladie ; elle peut avoir pour cause une émotion morale. Mais le plus souvent elle se manifeste par le fait d'une habitation humide, mal aérée et privée de soleil, ou chez des individus anémiques, affaiblis par un travail excessif habituel, par une alimentation insuffisante, par des excès ou par des chagrins prolongés. J'ai déjà dit que le purpura aigu, dit exanthématique, avait été observé principalement chez les rhumatisants, soit pendant les attaques douloureuses, soit dans leur intervalle ; je ferai cependant cette remarque, que le purpura se manifeste bien rarement dans le rhumatisme aigu franc ; lorsqu'on le trouve associé avec des douleurs articulaires ou musculaires, il paraît bien plus juste de considérer ces douleurs comme une complication du purpura que de ne voir dans le purpura qu'une conséquence de l'affection rhumatismale.

Des observations récentes ont démontré qu'un purpura toxique pouvait être le résultat de l'administration de quelques médicaments, particulièrement des substances capables de provoquer des éruptions cutanées, telles que le mercure, le copahu, la belladone, l'iode, ou

susceptibles de produire des troubles vaso-moteurs, telles que l'ergot de seigle (Lallier). Ces purpuras, quelquefois précédés ou accompagnés d'érythème scarlatiniforme sont peu graves et de courte durée, ils sont constitués par de petites taches hémorrhagiques et exempts de tout symptôme local ou général. Dans ces cas, l'hémorrhagie paraît devoir être rapportée à une disposition spéciale du malade.

Traitement. — Dans le traitement d'une maladie comme le purpura simple, le premier soin doit être de changer, s'il est possible, les conditions hygiéniques fâcheuses qui en sont la cause la plus ordinaire. On devra conseiller une habitation sèche et exposée au soleil, une alimentation réparatrice composée principalement de viandes rôties, de légumes verts et d'une certaine quantité de vin ; on proscrira également tout travail assidu et exagéré, toute veille, toute fatigue, tout excès. En même temps, si surtout il existe avec l'éruption purpurine des signes d'anémie, on administrera avec avantage les préparations de fer et de quinquina, les amers, les acides végétaux ou minéraux et le goudron végétal. Les bains alcalins et surtout les bains sulfureux constituent de bons adjuvants thérapeutiques qu'on ne doit pas négliger. Dans les cas rebelles de purpura récidivant pendant des années, on ne réussit souvent à arrêter les poussées successives qu'en modifiant profondément les habitudes des malades par un changement d'alimentation, de profession ou de résidence.

2° Purpura hémorrhagique.

Cette maladie, désignée aussi sous les noms de *morbus maculosus, hemorrhagicus*, de *maladie de Werlhof* (1744), est caractérisée par le développement de taches hémorrhagiques cutanées plus larges, plus profondes

que celles du purpura simple et surtout par l'existence simultanée d'hémorrhagies ayant lieu par diverses voies et dans divers organes.

Anatomie pathologique. — Sur les cadavres des malades qui ont succombé aux atteintes d'un purpura hémorrhagique, on rencontre habituellement des lésions spéciales à cette affection ; ce sont des épanchements de sang dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané et même dans l'épaisseur des muscles, des taches ecchymotiques semblables à la surface de plusieurs membranes muqueuses tapissant les voies aériennes, les voies digestives et l'appareil génito-urinaire ; ces mêmes taches peuvent se trouver à la surface des membranes séreuses sous forme de points hémorrhagiques. Dans l'intérieur des cavités tapissées par les membranes muqueuses on rencontre fréquemment des épanchements sanguins formés par le sang qui n'a pas été évacué au dehors pendant la vie ; et à l'intérieur des membranes séreuses on peut constater également quelquefois l'existence de collections séro-sanguines. Enfin il peut exister dans un ou dans plusieurs viscères, dans le cerveau, dans le foie, dans les reins, dans les poumons, dans le cœur, et même dans les os (Récamier), des foyers hémorrhagiques ordinairement d'un petit volume.

Les anciens cherchaient à expliquer les hémorrhagies dans le purpura simple et dans le purpura hémorrhagique par un état de liquidité et de dissolution du sang, qui lui permettait de sortir des vaisseaux et de s'étendre entre les éléments de la peau ; dans ces derniers temps, des recherches plus minutieuses en chimie biologique et en histologie ont eu surtout pour but d'étudier l'état exact du sang et des vaisseaux. Malheureusement, relativement au sang, les résultats de ces travaux ont été peu concordants, c'est ainsi que la fibrine, dont les altérations devaient être soupçonnées pour expliquer les hémorrhagies,

a été trouvée quelquefois diminuée, en quantité, mais plus souvent augmentée, comme cela paraît résulter des travaux d'Andral, de Becquerel et Rodier, d'Hayem; d'une manière plus constante on a trouvé une diminution de nombre des globules rouges; Hayem a vu le chiffre des globules descendre au-dessous d'un million par millimètre cube, et Quinquaud n'en a compté dans un cas que 740 000; chez un autre malade très affaibli, Cornil n'en a trouvé que 620000, mais ces globules étaient plus volumineux qu'à l'état normal. Quinquaud n'a trouvé plusieurs fois qu'une légère diminution de l'hémoglobine et des matériaux solides. D'ailleurs dans ces analyses, l'abaissement du chiffre des globules n'est-il pas plutôt le résultat que la cause des hémorrhagies. On a noté assez fréquemment encore l'augmentation du nombre des globules blancs, l'altération de forme des hématies devenues inégales, cruciformes, et la présence de quelques éléments anormaux, bactéries et cellules embryonnaires. Dans ces résultats il n'y a vraiment rien de précis et qui puisse expliquer d'une manière bien nette la production des hémorrhagies.

D'un autre côté, les recherches relatives à l'état des vaisseaux ont permis de constater dans plusieurs cas de purpura simple ou hémorrhagique des altérations inflammatoires de la tunique interne des artérioles; Hayem en a rapporté deux cas; mais Cornil n'a pas eu occasion de constater autre chose que des dilatations vasculaires occupées par du sang.

De sorte que dans l'état actuel de la science, la présence du sang sous l'épiderme et entre les papilles et le derme, constituant le purpura, ne peut être expliquée d'une manière satisfaisante ni par l'altération du sang, ni par une lésion constante des vaisseaux; il semble que, ni par l'anatomie pathologique ni par l'étiologie, on ne parvient pas à faire admettre le purpura comme une entité nosolo-

gique bien délimitée, mais qu'on est obligé plutôt de le considérer comme un phénomène commun pouvant appartenir à plusieurs états morbides différents.

Symptômes. — Avant l'apparition des taches, le purpura hémorrhagique débute ordinairement par quelques phénomènes prodromiques qui sont un malaise général très prononcé, une tendance à la tristesse, une anorexie absolue, quelquefois des vomissements, un mouvement fébrile très marqué et surtout une dépression considérable des forces; chez quelques malades, dès le début, on aperçoit aux membres inférieurs quelques petites taches de purpura simple. Après quelques jours, apparaissent sur différents points de l'enveloppe cutanée des taches ecchymotiques, peu ou point saillantes, brunes ou noirâtres, d'une forme et d'une dimension variables, mais d'une étendue quelquefois assez considérable; ces taches ne disparaissent pas sous la pression du doigt; distribuées principalement aux membres et au tronc, elles sont ordinairement peu nombreuses, et elles sont quelquefois entremêlées avec des petites taches arrondies de purpura simple; elles ne s'accompagnent ni de douleurs, ni d'aucune sensation subjective. Semblables aux ecchymoses de cause traumatique, elles se comportent de même pour la résorption graduelle de l'épanchement sanguin qui les constitue; elles deviennent successivement noires, violettes, jaunes, et finissent par disparaître sans laisser aucune trace, au bout de dix à quinze jours. Mais le plus ordinairement, avant leur effacement complet, surviennent de nouvelles taches qui annoncent la continuation de la maladie. Quelquefois, dans les cas graves, on voit survenir sur les taches sanguines un soulèvement épidermique distendu par du sang liquide ou par une sérosité sanguinolente, de couleur noire; de véritables pustules contenant un mélange de pus et de sang peuvent également se développer soit sur les taches, soit à leurs côtés,

et donner lieu plus tard à des ulcérations de mauvaise nature. En même temps des taches sanguines, des bulles noirâtres se montrent au palais, sur les lèvres, sur la langue, sur tous les points de la muqueuse buccale; les gencives se gonflent, se ramollissent, laissent suinter du sang qui les recouvre ensuite sous la forme d'une bouillie noirâtre; la bouche a tout à fait alors l'aspect qu'elle présente dans le scorbut, et l'haleine prend une fétidité repoussante rappelant l'odeur du sang putréfié.

Mais dans cette grave variété, le phénomène le plus important consiste dans l'apparition d'hémorrhagies ayant lieu par diverses voies; l'épistaxis est celle qui se manifeste le plus fréquemment, puis vient l'hématémèse, le mélæna, l'hématurie, la stomatorrhagie; l'hémoptysie a été également observée, mais plus rarement que les hémorrhagies du tube digestif et des voies urinaires. Ces hémorrhagies sont souvent abondantes et difficiles à arrêter, le sang ayant perdu ses qualités plastiques. Chez le même malade plusieurs hémorrhagies peuvent avoir lieu simultanément ou successivement; des épanchements sanguins peuvent également se développer intérieurement, soit dans des cavités séreuses, soit dans les parenchymes, et alors on constate l'apparition de phénomènes spéciaux en rapport avec le siège des lésions.

Dans le purpura hémorrhagique les phénomènes généraux sont graves; il y a de la fièvre caractérisée par une certaine élévation de la température, montant de 38 à 40 degrés; le pouls est fréquent, mou, dépressible, quelquefois irrégulier; la face est pâle, terreuse; les membranes muqueuses appréciables à la vue sont décolorées; l'inappétence est complète, la faiblesse est extrême, les extrémités se refroidissent facilement, et, surtout au moment des hémorrhagies, il y a des lipothymies et des syncopes. Chez quelques malades on voit se développer un véritable état typhoïde : la langue est sèche, il y a du

tympanisme abdominal, de la diarrhée, du délire calme et même du coma.

Tous les médecins qui ont eu occasion d'étudier le purpura hémorrhagique ont vu que le sang fourni par les hémorrhagies était noir, fluide, séreux et peu susceptible de se coaguler; on en a conclu à une diminution ou à une altération de la fibrine; dans une analyse du sang d'un malade atteint de cette affection, Andral et Gavarret ont trouvé la proportion de fibrine assez notablement diminuée et représentée par le chiffre de 1,6 pour 1000, les globules étant au chiffre de 119 et les matériaux solides du sérum étant de 86; mais, comme je l'ai déjà dit, ces résultats n'ont pas été confirmés par les recherches plus récentes; dans l'analyse du sang des scorbutiques avec purpura, faites en 1871, Bucquoy et Hayem ont trouvé dans le sang une augmentation de fibrine, il est vrai qu'il s'agissait alors plutôt du scorbut que du véritable purpura. Il est donc probable que l'altération du sang dans le purpura consiste bien plutôt dans une modification de qualité de la fibrine que dans une diminution de quantité; c'est un sujet qui demande de nouvelles recherches.

Marche, durée, terminaison. — La marche du purpura hémorrhagique est ordinairement aiguë; la maladie se développe promptement et se termine en un ou deux septénaires; dans cette forme morbide, la fièvre est très prononcée et s'accompagne souvent de délire; quelques auteurs l'ont décrite sous le nom de *purpura fébrilis.* D'autres fois la maladie est plus lente et revêt la forme passive : elle se prolonge alors pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois, par l'apparition de taches cutanées se répétant de temps en temps et par le développement d'hémorrhagies successives plus ou moins abondantes.

La terminaison est souvent favorable; le sang épanché

se résorbe peu à peu et, après plusieurs éruptions, les taches et les hémorrhagies ne se reproduisent plus ; on voit seulement persister pendant un temps assez long un état anémique dont l'intensité est en rapport avec l'abondance du sang perdu et avec la durée de la maladie. Mais cette terminaison heureuse n'a pas toujours lieu, et la mort peut survenir soit par une faiblesse croissante, soit plus brusquement par le fait d'une hémorrhagie grave muqueuse ou viscérale, soit par le fait d'une maladie intercurrente, d'une complication à laquelle le malade épuisé n'a pas la force de résister.

Diagnostic. — Le purpura hémorrhagique, caractérisé par des taches cutanées sanguines et par des hémorrhagies variées, est facile à reconnaître ; il n'y a de difficulté que pour différencier cette maladie du scorbut, affection presque identique et qui ne semble se distinguer de la première que par une lésion plus grave des gencives, par des douleurs musculaires plus prononcées, par des ecchymoses sous-cutanées plus profondes et par une altération plus grande du sang ; c'est plutôt là une question de degré que de nature.

Pronostic. — Le pronostic du purpura hémorrhagique est grave : il est en rapport avec l'abondance du sang perdu par les hémorrhagies et avec le degré de faiblesse de l'économie. L'intensité de la fièvre, l'apparition du délire et d'autres phénomènes nerveux, la faiblesse et l'irrégularité du pouls sont des signes fâcheux, qui doivent faire craindre une terminaison funeste.

Étiologie. — Encore plus que pour le purpura simple les causes qui paraissent favoriser le développement du purpura hémorrhagique sont les circonstances qui amènent la débilitation de l'économie : je citerai particulièrement les excès, les veilles prolongées, un travail excessif, une nourriture insuffisante, une émotion violente et mieux un chagrin prolongé. On a cité des cas de purpura

hémorrhagique développés, d'une manière presque épidémique, dans les camps, dans les casernes, dans les hôpitaux et sur des vaisseaux par suite de l'encombrement ou de l'usage des aliments peu nutritifs ou trop anciens; mais dans ces circonstances il s'agirait bien plutôt du scorbut que du purpura.

Traitement. — Les médicaments toniques et astringents figurent au premier rang des moyens pharmaceutiques à employer pour combattre le *purpura hemorrhagica;* on prescrira avec avantage les acides végétaux et minéraux suffisamment étendus, les préparations de ratanhia, de tanin, de coca et surtout de quinquina, le vin soit pur, soit coupé avec de l'eau ou de la limonade, le café et les boissons alcoolisées, les eaux anti-hémorrhagiques de Tisserand, de Brocchieri, de Pagliari. On pourra également administrer des eaux minérales ferrugineuses et des préparations de fer; on a conseillé presque comme spécifique la solution de perchlorure de fer à la dose de dix à vingt ou trente gouttes par jour; c'est un médicament qui est utile aussi bien comme astringent et comme anti-hémorrhagique que comme tonique, et il est indiqué principalement, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, dans le cas d'hémorrhagies viscérales, mais il agit surtout lorsqu'il peut être introduit dans l'organe où a lieu l'hémorrhagie et lorsqu'on peut compter sur son action topique; c'est ainsi que dans la gastrorrhagie, dans le flux hémorrhoïdal, dans l'épistaxis, alors qu'on l'administre en boisson, en lavements ou en injections nasales, on peut compter sur un effet anti-hémorrhagique bien plutôt que lorsqu'il s'agit d'une hémoptysie ou d'une hématurie. On a préconisé encore l'ergot de seigle et l'ergotine, l'alun, le cachou, les balsamiques résineux; pour ma part, je me suis bien trouvé plusieurs fois, et dans des cas graves, de la térébenthine, donnée soit en émulsion, soit sous forme de capsules et

à la dose de 1 à 4 grammes par jour. Mais, à côté des médicaments, les moyens hygiéniques ont une grande influence dans le traitement du purpura hémorrhagique et c'est en soutenant les malades par une alimentation en rapport avec les facultés digestives, c'est surtout en modifiant les conditions défectueuses d'habitation et d'aération qu'on préparera et qu'on consolidera la guérison. Un changement d'habitudes, le séjour dans un climat plus sain, une alimentation plus variée, l'usage des eaux ferrugineuses et sulfureuses ont réussi plusieurs fois à faire disparaître des purpuras rebelles et récidivants.

b. Hématidrose.

L'*hématidrose* ou sueur de sang est une hémorrhagie cutanée dans laquelle le sang s'écoule en nature à la surface de la peau; longtemps l'existence de cette maladie a été contestée, mais aujourd'hui, après l'article de Gendrin, dans son *Traité de médecine pratique* (1838), après le mémoire plus récent de Parrot (*Gazette hebdomadaire*, 1859); après les exemples cités par Magnus Huss, par Thomas Chambers, par Erasmus Wilson, par Call Anderson, le doute n'est plus permis et on doit considérer l'hématidrose comme une maladie rare, mais réelle.

Description. — Le plus ordinairement, la sueur de sang n'existe pas comme une maladie simple et isolée, c'est au contraire un phénomène qui vient s'ajouter à un grand nombre d'autres désordres fonctionnels appartenant au système nerveux, et il est difficile, à part la présence du sang sur la peau, de savoir quels sont les symptômes qui se rapportent à l'hémorrhagie cutanée. Néanmoins, si le sang s'écoule quelquefois brusquement et sans phénomènes précurseurs, d'autres fois dans les régions où aura lieu l'écoulement sanguin, il peut exister de la chaleur, de la douleur, une sensibilité à la pres-

sion, des picotements, des battements et plus rarement une éruption érythémateuse; Chambers a noté dans un cas l'existence antérieure d'une éruption vésiculeuse, analogue aux sudamina. Quoi qu'il en soit, à un moment donné, la peau se recouvre d'un liquide rouge, plus ou moins abondant, qui s'écoule incessamment, sans qu'il existe aucune excoriation, aucune solution de continuité et sans qu'on puisse apercevoir les orifices par lesquels il suinte. Ce liquide, ou rose ou rouge, est véritablement du sang, ainsi que l'ont démontré les recherches microscopiques de Parrot, de Magnus Huss et de Chambers. La quantité du sang exhalé est ordinairement assez faible; la durée de l'hémorrhagie est courte, depuis deux ou trois minutes jusqu'à quelques heures; mais la récidive est habituelle et on voit souvent l'hémorrhagie reparaître à des intervalles variés, quelquefois d'une manière périodique.

Il est exceptionnel que l'hématidrose soit générale, elle est ordinairement localisée à quelques régions et particulièrement au bout des doigts, au front, aux ailes du nez, aux aisselles, à la partie antérieure de la poitrine, à la face interne des cuisses, aux aines et même au cuir chevelu; dans quelques cas elle s'est montrée d'un seul côté du corps. Lorsque la sueur de sang récidive, ce qui est assez commun, l'hémorrhagie peut avoir lieu toujours dans la même région; mais d'autres fois elle peut se montrer successivement à divers endroits.

La perte de sang est ordinairement peu considérable et elle entraîne rarement les phénomènes d'anémie qui suivent les grandes hémorrhagies; comme je l'ai déjà dit, l'hématidrose s'accompagne de phénomènes nerveux variés; de nature hystérique, mais ils sont antérieurs et concomitants et ne se rapportent pas à l'hémorrhagie.

Anatomie pathologique. — Le siège anatomique et le mécanisme de l'hématidrose ont été bien étudiés par

Parrot; le sang vient des glandes sudoripares très riches en vaisseaux sanguins et son écoulement a lieu par diapédèse, à la suite probable d'un défaut d'action des nerfs vaso-moteurs; cette affection, comme je le dirai tout à l'heure, se rencontrant presque exclusivement chez les hystériques et chez les névropathes.

Diagnostic. — L'apparition du sang à la surface cutanée sans solution de continuité, caractérise suffisamment l'hématidrose pour que le diagnostic en soit facile; l'existence de cette affection est surtout incontestable lorsqu'on voit une couche de sang ou même quelques gouttes reparaître, après que la peau a été essuyée et sans que l'hémorrhagie puisse être expliquée par aucune lésion cutanée.

Pronostic. — L'hématidrose n'a pas de gravité par elle-même; l'écoulement du sang n'est jamais assez considérable pour constituer une perte réelle pour l'économie; c'est d'ailleurs le plus ordinairement un épiphénomène associé à une série d'autres accidents plus sérieux.

Étiologie. — Les médecins allemands et particulièrement Hébra, rattachent l'hématidrose à l'hémophilie; cette opinion ne paraît pas exacte; d'après les recherches de Parrot confirmées depuis par plusieurs observateurs, l'hématidrose se rencontre surtout chez les sujets nerveux et particulièrement chez les hystériques; aussi elle est bien plus fréquente chez les femmes et pendant la période de l'activité utérine. Cette hémorrhagie est quelquefois succédanée du flux menstruel; il existe dans la science un certain nombre d'observations de femmes ayant leurs règles au bout des doigts ou aux aisselles. Comme cause accidentelle, on a signalé la suppression brusque des règles, une émotion vive, un chagrin violent, une colère, un accès convulsif. On a cru, mais sans preuves suffisantes, que les sueurs de sang pouvaient survenir dans le cours de certaines maladies infectieuses, telles que la

peste, le scorbut, le typhus et certaines fièvres intermittentes ; cette hémorrhagie symptomatique ne paraît devoir être admise, sans contestation, que dans la fièvre jaune, maladie dans le cours de laquelle elle a été observée par le docteur Guyon.

Traitement. — Le traitement de l'hématidrose est dominé par sa cause : chez les femmes mal réglées, et surtout lorsque la sueur sanguine est survenue après une suppression accidentelle des menstrues, on doit chercher à rappeler les règles du côté des voies normales, en modifiant l'économie par des reconstituants et en favorisant la congestion utérine et ovarienne par l'emploi des emménagogues, par l'application de ventouses au haut des cuisses, ou même de quelques sangsues à l'anus ou en dehors des parties génitales. Chez les nerveux et particulièrement chez les hystériques, l'hématidrose est un épiphénomène peu important, c'est la maladie principale qu'il faut traiter avec les moyens thérapeutiques qui lui sont applicables ; les moyens locaux, les astringents, les hémostatiques, qu'on voudrait employer, seraient complètement inutiles. J'ajouterai que chez les femmes qui présentent cette irrégularité de menstruation consistant dans une sueur de sang périodique et qui se portent bien d'ailleurs, le mieux est de ne pas s'en inquiéter et de ne pas chercher à troubler un phénomène qui paraît constituer une fonction supplémentaire compatible avec la santé.

SEPTIÈME CLASSE

HYPERCRINIES CUTANÉES OU FLUX

En pathologie générale, on donne le nom de flux à des sécrétions liquides ayant lieu à la peau ou dans des organes communiquant avec l'extérieur et sans que cette sécrétion soit produite par un travail inflammatoire local. A la peau, ces flux sont constitués par une sécrétion exagérée ou anormale des glandes cutanées, sudorales et sébacées. Je vais décrire successivement dans cette classe, l'hyperidrose, l'anidrose, la bromidrose, la chromidrose, les sudamina et l'acné sébacée.

a. Hyperidrose.

On donne le nom d'*hyperidrose* à l'exagération morbide de la sueur : par l'effet de la chaleur atmosphérique ou artificielle, par le fait d'un exercice musculaire violent ou prolongé, par le fait même d'une émotion, la peau se recouvre habituellement de sueur; c'est là une sécrétion physiologique qui résulte de l'augmentation d'activité de la circulation et des combustions organiques; mais lorsque la sueur survient en dehors des lois de la physiologie normale ou lorsqu'elle présente une abondance exagérée, il y a état morbide, et on peut constater l'existence de l'hyperidrose. Toutefois, il y a encore une distinction à faire, relativement à la dermatologie ; en effet, la sueur survient souvent dans l'état morbide par le fait d'une maladie bien déterminée, soit comme symptôme, ce qui arrive dans la fièvre intermittente, dans le rhumatisme articulaire aigu et particulièrement dans la

maladie générale désignée sous le nom de suette, soit comme phénomène dit critique lorsque la sécrétion sudorale coïncide avec une amélioration dans l'état du malade ; je n'ai pas à parler de ces sueurs symptomatiques, leur histoire appartient à la description des maladies principales; je n'ai véritablement à m'occuper ici que des sueurs idiopathiques, indépendantes de toute autre affection.

Ainsi comprise, l'hyperidrose comprend deux variétés : l'hyperidrose générale et l'hyperidrose locale. Dans la première, la sueur a lieu sur la totalité du corps, tout en étant plus considérable dans les parties abondamment pourvues de glandes sudorales et ayant ordinairement une température élevée, telles que les aisselles et les aines. La sueur est plus ou moins abondante, elle se manifeste sous forme de gouttes sur les parties découvertes, et ces gouttes peuvent être assez nombreuses et assez grosses pour se réunir et former des traînées; sur les parties recouvertes par les vêtements, ces derniers sont trempés très promptement, et il en résulte la nécessité pour les personnes soigneuses de changer fréquemment de linge.

La sécrétion de la sueur est bien rarement incessante; le plus ordinairement elle apparaît sous l'influence d'un exercice même modéré ou sous l'influence d'une chaleur atmosphérique ou artificielle; souvent la nuit par le fait d'une couverture même légère. Quelquefois la sueur est précédée par une sensation de prurit ou par des cuissons à la peau, puis les malades éprouvent une détente lorsque la peau devient humide. Dans l'hyperidrose, soit idiopathique, soit symptomatique, par le fait de la sécrétion cutanée, on voit quelquefois survenir des éruptions dites *sudorales*, se manifestant soit sous la forme de taches rouges exanthématiques, avec ou sans éruptions vésiculo-pustuleuses, de forme miliaire, soit par vésicules remplies d'un liquide clair et transparent; cette dernière

éruption se rapporte aux *sudamina* dont j'aurai spécialement à dire quelques mots.

L'hyperidrose locale ou éphidrose est plus fréquente que la sécrétion sudorale générale; elle est caractérisée par une sueur abondante, limitée à certaines régions, particulièrement au visage, au cuir chevelu, aux aines et aux parties génitales, aux mains et aux pieds.

A la face, les personnes atteintes d'hyperidrose ont leur visage couvert de sueur à la moindre fatigue, à la moindre émotion ou dès qu'elles ont le moindre sentiment de chaleur extérieure; quelquefois la transpiration survient par le fait seul de manger; J. Frank cite, d'après Kestremsky, l'observation d'un homme dont la joue droite transpirait lorsqu'il mangeait quelque aliment épicé; Brown-Sequard rapporte que chez lui-même la face entière se couvre de sueur sous l'influence de l'excitation des nerfs du goût par un mets sapide.

On voit fréquemment, et presque exclusivement chez les hommes, le cuir chevelu être le siège d'une transpiration abondante; il en résulte habituellement une alopécie précoce et l'éphidrose persiste après la chute des cheveux. C'est là un symptôme assez commun de la goutte. Dans les rues, dans les promenades publiques, on rencontre assez souvent des hommes que la chaleur habituelle qu'ils ressentent au cuir chevelu engage à garder la tête découverte et à tenir le chapeau à la main; ces hommes sont presque tous chauves, par suite de la transpiration qui mouille incessamment leur cuir chevelu, et, si on les interrogeait sur leur santé, on apprendrait bien vite qu'ils sont goutteux.

La sueur localisée aux aisselles est plus commune chez les femmes que chez les hommes, ce qui s'explique par le volume plus considérable et le nombre plus grand chez elles des glandes sudorales axillaires. Il résulte de cette transpiration un inconvénient pour les vêtements mouillés

et tachés, et de plus, cette sueur est souvent d'une odeur désagréable. Cette éphidrose axillaire se complique assez souvent d'érythème et même d'eczéma, la sueur agissant sur la peau comme une substance irritante ; la même complication arrive fréquemment à la suite de transpirations ayant lieu aux environs des parties génitales.

L'hyperidrose localisée aux mains existe surtout à la surface palmaire et sur les bords latéraux des doigts ; ces parties et principalement la paume de la main sont le siège d'une humidité incessante ; les personnes atteintes de cette sécrétion, mouillent et tachent leurs gants, leurs vêtements, et même les objets qu'elles saisissent ; leurs mains sont gluantes, et, lorsqu'on les touche, on éprouve une sensation désagréable, analogue à celle qu'on ressentirait au contact d'une limace. Cette infirmité peut être un obstacle apportée à l'exercice de certaines professions qui exigent la sécheresse et la propreté habituelle des mains ; elle peut même procurer de la gêne et du désagrément dans les relations du monde. Non seulement l'épidrose manuelle est gênante, mais elle peut donner lieu à une éruption de vésicules ou de bulles, du volume d'un grain de millet ou d'une noisette, décrites par Hutchinson sous le nom de *cheiro-pompholix*, et par Tilbury Fox sous le nom de *dysidrosis*. Sans nier le rapport de cette éruption avec l'hyperidrose, je la considère comme se rattachant le plus souvent à l'eczéma vésiculeux, et à la variété particulière que j'ai décrite sous le nom d'*eczéma manuel* (voy. Eczéma).

L'épidrose localisée aux pieds est assez commune, elle est très désagréable, non seulement par la chaleur ressentie à la région malade et par l'humidité permanente qui mouille les bas et les chaussures, mais surtout par une odeur fétide qui s'exhale des parties sécrétantes et qu'on a bien de la peine à neutraliser par les soins de propreté ; de plus, l'épiderme macérant d'une manière in-

cessante dans cette humidité se soulève et desquame, et il est commun de voir survenir, entre les orteils qui se touchent, des amas d'épiderme qui se superposent, qui se détachent, et souvent aussi de voir s'y développer des éruptions intertrigineuses et ecthymateuses. Les pieds chauds et sensibles s'écorchent facilement sous l'influence de la marche, et il y survient des gerçures et des crevasses! Cette sueur est plus abondante en été qu'en hiver; elle se manifeste surtout à la suite de la marche.

Mais à propos des hyperidroses localisées, je ne dois pas oublier de mentionner la variété constituée par une sueur abondante et habituelle n'existant que d'un seul côté du corps, quelquefois sur la totalité du côté, d'autres fois sur une seule région, l'autre similaire étant saine. Il existe dans la science un assez grand nombre d'observations de cette hyperidrose unilatérale, les unes se rapportant à une sécrétion symptomatique d'une paralysie ou d'un état nerveux, les autres constituant une hyperidrose idiopathique, laquelle néanmoins doit toujours dépendre d'une modification anatomique ou fonctionnelle du système nerveux périphérique.

L'hyperidrose mérite à peine le nom de maladie, c'est plutôt une infirmité, elle en a d'ailleurs la durée, et, si on la voit quelquefois disparaître, ce n'est qu'au bout d'un assez grand nombre d'années et par le bénéfice de l'âge. Je ne parle, bien entendu, que de l'hyperidrose idiopathique; celle qui est symptomatique, est en rapport de durée avec la maladie principale, et quant aux sueurs dites critiques, elles sont ordinairement momentanées. L'hyperidrose est quelquefois congénitale, le plus souvent elle se manifeste plus tard, surtout au moment de la puberté.

Je n'ai pas à parler du *diagnostic* de l'hyperidrose, elle se caractérise suffisamment pour qu'on ne puisse pas la méconnaître; l'existence habituelle, la durée indéfinie

de la sécrétion sudorale, la persistance de la santé générale, l'absence de tout autre trouble morbide pouvant expliquer l'abondance de la sueur sont autant de circonstances qui permettront de reconnaître l'hyperidrose idiopathique.

Le *pronostic* de l'hyperidrose est en rapport avec l'abondance de la sueur, avec la gêne qu'elle entraîne, et surtout avec l'odeur qui l'accompagne. C'est un état morbide plus désagréable que grave. Les anciens médecins enseignaient que la suppression des sueurs habituelles était une cause de maladie; aujourd'hui on croit peu à ce danger, et, lorsque l'hyperidrose cesse avec l'invasion d'un état morbide, on considère la disparition de la sueur plutôt comme effet que comme cause de la maladie nouvelle. D'ailleurs, l'hyperidrose oppose aux moyens de traitement une ténacité extrême, et sa disparition thérapeutique est rarement à redouter. J'ajouterai que les gens atteints d'hyperidrose, surtout lorsqu'elle est générale, par cela seul qu'ils sont presque constamment en transpiration, sont plus exposés que d'autres à se refroidir et à contracter des affections dites *à frigore*.

Étiologie. — L'hyperidrose, soit générale, soit locale, se développe sous l'influence d'une disposition individuelle qu'on ne peut pas toujours expliquer. Quelquefois elle est héréditaire. Elle est observée principalement chez les gens gras, à chairs molles, présentant les attributs du tempérament lymphatique. On la rencontre fréquemment chez les goutteux; de là pour les médecins qui admettent l'arthritis comme maladie distincte, l'opinion que l'hyperidrose est fréquemment un phénomène arthritique. Les sueurs locales sont souvent liées à des affections du système nerveux; on les rencontre principalement chez les névropathes et on les trouve associées à des paralysies, à des phénomènes hystériques

et à des troubles gastriques. Chez les femmes, au moment de la ménopause, il est habituel de voir survenir plusieurs fois par jour des chaleurs subites, suivies d'une transpiration abondante, en bouffées, qui se manifeste principalement à la poitrine et à la face. Ce phénomène se prolonge souvent pendant deux ou trois ans après la cessation des règles.

Nous ne savons rien de bien positif sur la physiologie de l'hyperidrose; tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'exagération de la sueur paraît être sous l'influence prépondérante du système nerveux, soit central, soit périphérique; dans la célèbre expérience de Claude Bernard, consistant dans la section du rameau cervical du grand sympathique, la peau se couvrant de sueur dans la région soustraite à l'influx nerveux, indique également la part qu'on doit attribuer au nerfs ganglionnaires. Les sueurs consécutives aux émotions morales doivent être attribuées à une action réflexe. Mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, de remonter des symptômes à la lésion et, en face d'observations contradictoires, je n'oserais pas dire avec Straus qu'une paralysie faciale avec apparition de sueur consécutive à une injection hypodermique de pilocarpine, semble indiquer une lésion centrale, tandis qu'une paralysie de la même région, sans sueur ou avec un retard dans la production de la sueur, après la même injection, se rapporterait à une paralysie de cause périphérique.

Traitement. — Dans l'hyperidrose générale, on a vanté, outre mesure, certains médicaments tels que le tanin, l'agaric blanc, l'acétate de plomb, les limonades minérales et particulièrement la belladone et son alcaloïde l'atropine. Ces moyens ont réussi quelquefois pour modérer certaines sueurs symptomatiques et principalement celles qui surviennent chez les rhumatisants et chez les tuberculeux; mais dans l'hyperidrose idiopathique,

l'emploi de ces mêmes moyens est rarement suivi de succès ; on pourrait cependant essayer l'atropine conseillée par Sidney-Ringer, Frænzel, et chez nous par Vulpian ; vu l'énergie du médicament, on ne doit jamais l'employer en injection hypodermique, il faut donner chaque jour une ou deux pilules d'atropine, chacune d'un demi-milligramme (atropine, 5 centigrammes ; miel et poudre de guimauve, q. s. f. s. a. 100 pilules) ou 5 à 10 gouttes de la solution suivante : Eau distillée, 20 grammes ; atropine, 5 centigrammes. En même temps on se trouvera bien des lotions d'eau fraîche ou d'eau vinaigrée sur la peau, de douches d'eau fraîche, suivant les pratiques de l'hydrothérapie ; si les individus sont faibles ou anémiques, on leur prescrira des préparations de quinquina, de fer et une alimentation réparatrice ; si l'hyperidrose est associée à des symptômes névropathiques, on conseillera les bromures, la valériane et les autres médicaments dits antispasmodiques ; et, s'il s'agit de goutteux, on associera à l'hydrothérapie mitigée, les alcalins et les préparations de quinquina.

Contre l'hyperidrose localisée, la médication générale est ordinairement inutile et il ne faut avoir recours qu'aux moyens locaux consistant dans des lotions renouvelées deux ou trois fois par jour avec des solutions de tanin (1 gramme pour 250 grammes d'eau ou d'alcool), d'alun (10 grammes pour 250 grammes d'eau), avec un mélange d'eau et d'acétate de plomb liquide (5 grammes pour 125 grammes d'eau), avec une décoction d'écorces de chêne ; puis il faut saupoudrer les régions malades avec des poudres de talc ou d'amidon, ou mieux avec un mélange de ces poudres avec le tanin, l'écorce de quinquina pulvérisée, l'acide salicylique, dans la proportion d'un cinquième ou d'un dixième pour une partie de poudre inerte. Ces poudres sont surtout utiles pour éviter les excoriations dans les endroits où il existe des

plis et où il peut y avoir des frottements; il vaut mieux dans ces cas séparer la peau de la peau avec des plumasseaux de charpie ou d'ouate, imprégnés de ces topiques pulvérulents.

C'est surtout la sueur des pieds qu'on est appelé à combattre, à cause des inconvénients éprouvés par ceux qui en sont atteints; contre cette infirmité, Hebra dit s'être bien trouvé d'entourer les pieds avec une grosse toile sur laquelle a été étendue une couche d'emplâtre diachylon, après qu'ils ont été lavés et bien essuyés et après avoir placé entre les orteils des plumasseaux, enduits de la même pommade. Le pansement est renouvelé tous les matins pendant dix à quinze jours; le malade pouvant marcher avec des bas et des souliers neufs. Au bout de ce temps, on se contente de poudrer les pieds dont l'épiderme se détache sous forme de lames parcheminées; puis un épiderme nouveau, d'une belle apparence, se reproduit et la guérison est obtenue. J'ai essayé ce traitement rois fois en recouvrant complètement les pieds avec des bandelettes de sparadrap appliquées les unes à côté des autres, en les renouvelant tous les matins pendant quinze jours et en tenant les malades au repos. Le résultat parut d'abord favorable, mais au bout de peu de temps la sueur avait reparu comme auparavant. Aussi je pense que le meilleur traitement consiste dans des lotions fréquentes avec les solutions de tanin, d'alun ou d'acétate de plomb; j'ai vu souvent ces moyens locaux réussir, sinon pour arrêter, au moins pour modérer la sécrétion sudorale.

b. Anidrose.

Comme complément de l'hyperidrose et par opposition, je crois devoir dire quelques mots de l'*anidrose*, caractérisée par la suppression générale ou locale de la sueur, et par la sécheresse habituelle de la peau. On la rencontre

surtout dans l'ichtyose, puis dans la dermite exfoliatrice, dans quelques cas de psoriasis et d'eczéma sec à la dernière période; dans ces dernières maladies, la sécheresse de la peau est souvent locale et bornée aux régions dans lesquelles siège l'affection cutanée. On a signalé également l'anidrose dans le diabète; mais ce phénomène est loin d'être constant, car on voit des diabétiques transpirer abondamment, ce qui arrive surtout lorsque la glycosurie se déclare chez les goutteux. Dans quelques cas de paralysie, l'anidrose peut exister dans les parties privées de mouvements ou de sensibilité. On voit alors la sécheresse cutanée localisée à une région et même à un côté du corps.

L'anidrose est quelquefois congénitale et permanente, ainsi que cela arrive pour les ichtyosiques; d'autres fois elle est accidentelle et peut se dissiper; dans les cas de sécheresse de la peau par le fait de psoriasis ou d'eczéma lichenoïde, la peau peut reprendre ses fonctions après la guérison complète de l'affection et la sueur peut reparaître aux endroits où elle avait cessé de se montrer. C'est ce qui arrive pour les cas d'anidrose survenus par le fait d'une maladie accidentelle.

Les moyens de traitement employés contre l'anidrose sont peu efficaces, ils consistent principalement dans des bains tièdes émollients, dans des bains de vapeur et même dans des douches d'eau fraîche, pouvant amener une réaction chaude. Par ses propriétés physiologiques on devait penser au jaborandi et à son alcaloïde, la pilocarpine, mais dans la plupart des cas le succès de ce médicament a été nul.

c. Sudamina.

On donne le nom de *sudamina* à une éruption de petites vésicules, transparentes, blanchâtres et ayant

ordinairement le volume d'un grain de millet. A cause de sa couleur blanche et de sa petite dimension, cette éruption est peu apparente, elle échappe souvent à la vue, et il arrive quelquefois que l'on ne constate son existence qu'avec une certaine incidence de lumière ou même par le toucher, qui permet de reconnaître la saillie des vésicules.

Les sudamina apparaissent ordinairement sans coïncidence d'aucun symptôme; il n'y a ni chaleur, ni prurit, ni cuisson à la peau, et les malades n'ont aucune conscience de l'éruption. Les vésicules qui constituent les sudamina contiennent un liquide clair, acide et analogue à la sueur; ordinairement, après deux ou trois jours de durée, elles s'affaissent par la résorption de ce liquide et sans laisser d'autres traces qu'une légère exfoliation épidermique, l'épiderme qui a été soulevé se détachant sous forme de petites squames. Quelquefois elles communiquent entre elles par la rupture de la cloison qui les séparait; il se forme alors un soulèvement épidermique plus étendu et plus élevé, en forme de bulle; dans certains cas aussi, avant d'être résorbé, le liquide clair et transparent devient opaque et son acidité est remplacée par de l'alcalinité; ce changement est dû à la transformation des globules blancs de la sérosité en corpuscules granulo-graisseux purulents.

La plupart des auteurs ont considéré les sudamina comme étant formés par des gouttelettes de sueur déposées au-dessous de l'épiderme; Cornil et Ranvier ont trouvé, dans une coupe d'une vésicule sudamineuse, en passant par l'orifice d'une glande sudoripare, des cellules épidermiques amassées dans cet orifice et soulevant les couches cornées de l'épiderme.

Renaut, de Lyon, admet également que le liquide des sudamina est sudoral, et que le soulèvement de l'épiderme formant les vésicules est le résultat de la sécrétion brusque

de la sueur retenue au-dessous des couches cornées de l'ectoderme, au niveau de la zone granuleuse. Je dois dire cependant que Kaposi s'écarte de l'opinion générale, et qu'il considère les vésicules des sudamina comme formées par un liquide fourni par les vaisseaux papillaires entre les couches de l'épiderme qu'il soulève. Cette opinion ne s'appuie sur aucune recherche histologique, et, malgré l'autorité de l'auteur, je pense qu'on peut continuer à considérer les sudamina comme fournis par des gouttelettes de sueur arrêtées au-dessous de l'épiderme.

Les sudamina se montrent ordinairement dans les cas de sueurs abondantes; on a cité cependant quelques observations dues à Louis, à Chomel, à Andral, à Woillez, dans lesquelles la sueur avait manqué, mais ces faits sont exceptionnels.

Les sudamina sont rarement répandus sur tout le corps, ils sont localisés dans certains régions, et on les rencontre plus particulièrement à la face antérieure de l'abdomen et de la poitrine, aux aisselles, aux aines, au cou; on n'en observe guère à la partie postérieure du corps et encore moins aux membres et à la face.

Louis et Chomel avaient attribué aux sudamina une valeur diagnostique exagérée et avaient pensé que leur apparition était un symptôme appartenant à la fièvre typhoïde; des observations ultérieures ont démontré l'existence des sudamina dans le cours d'un assez grand nombre de maladies, et en particulier dans celles où l'on observe des sueurs habituelles et abondantes, dans le rhumatisme articulaire, dans la fièvre intermittente, dans la phthisie; on a même cité quelques cas de sudamina développés chez des individus bien portants, après une diaphorèse excessive et accidentelle, à la suite d'un exercice violent par exemple. Il n'y a donc aucune conclusion clinique à tirer de la présence des sudamina, si ce n'est

qu'il est très probable que le malade qui les présente a beaucoup transpiré.

L'éruption sudamineuse ne produit aucune sensation pénible ; elle se dissipe spontanément et en peu de temps ; il n'y a donc aucun traitement à lui opposer.

d. Bromidrose.

On désigne sous le nom de *bromidrose*, d'*osmidrose*, de *sueurs fétides*, une sécrétion sudorale d'une odeur forte, ordinairement désagréable et quelquefois même repoussante. La bromidrose est ordinairement associée à l'hyperidrose ; elle peut être générale, mais le plus souvent elle est localisée, principalement aux aisselles, aux parties génitales, et surtout aux pieds ; les sueurs odorantes des aisselles sont communes chez les femmes. Quel que soit le siège, l'odeur exhalée n'est pas toujours la même ; on a cité des cas dans lesquels la sueur avait une odeur de musc, d'ambre ou de violette, mais le plus ordinairement cette odeur est désagréable, elle est aigre, ou bien elle rappelle celle des matières grasses, rancies, ou celle des substances animales putréfiées. Le plus souvent c'est une odeur spéciale qu'on ne peut comparer à aucune autre connue, mais fétide, et qui persiste assez longtemps dans les chambres, même après que les malades les ont quittées. C'est surtout la sueur des pieds qui est la plus odorante ; on attribue cette odeur si repoussante au mélange de la sueur et de l'humeur sébacée en décomposition. Dans certaines maladies des voies urinaires, et dans les cas d'urémie, la sueur peut prendre une odeur très appréciable d'urine, et dans l'occlusion intestinale elle acquiert quelquefois une odeur fécale.

La bromidrose est une infirmité inhérente à certains individus, et, à l'exception de ces sueurs accidentelles observées dans l'urémie et dans l'occlusion intestinale,

elle est permanente ; néanmoins la fétidité diminue avec l'âge et peut même disparaître complètement comme l'hyperidrose ; on l'a vue quelquefois liée à des états névropathiques et particulièrement à l'hystérie ; on a cité des cas de bromidrose accidentelle et passagère survenue après une émotion morale vive, après des excitations sexuelles, après des attaques convulsives d'hystérie.

Traitement. — Le traitement de la bromidrose est à peu près semblable à celui de l'hyperidrose, ces deux affections étant souvent réunies. Pour combattre la fétidité de la transpiration cutanée, il faut surtout avoir recours aux soins excessifs de propreté et employer des lotions fréquentes d'eau mélangée avec des liquides odorants, tels que l'alcool camphré, le vinaigre aromatique, l'eau de Cologne, etc. Relativement à la sueur fétide des pieds, il faut conseiller aux personnes atteintes de cette fâcheuse infirmité de prendre matin et soir un bain de pied d'eau fraîche, avec addition d'alun et d'une substance fortement odorante, et de changer de bas chaque jour, quelquefois même plusieurs fois par jour.

e. Chromidrose.

Définition, synonymie. — Le nom de chromidrose a été donné par Le Roy de Méricourt à une maladie caractérisée par une sécrétion de matière colorée, noire, rose, jaune ou bleue, se déposant sur la peau, et plus particulièrement sur les paupières et sur le visage (1). Cette même affection a été désignée sous les noms de *cyanopathie cutanée* (Billard), de *stearrhœa nigricans* (Neligan, Érasmus Wilson, Bœrensprung), *mélastéarrhée*

(1) Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la coloration partielle en noir ou en bleu de la peau chez les femmes* (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1857, 5e série, t. X). — *Mémoire sur la chromhidrose* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 31 août 1858, t. XXIII, p. 1141). — *Mémoire sur la chromhidrose* (*Annales d'oculistique*, 1884).

(Gintrac), et de *chromocrinie partielle et cutanée*, nouveau nom proposé par Le Roy de Méricourt et plus récemment par Féréol, pour répondre à quelques objections qu'on avait adressées au mot chromidrose. Il me paraît préférable d'adopter cette dernière dénomination, généralement usitée, pour désigner la maladie qui va m'occuper.

Historique. — Les premières notions relatives à des taches cutanées dues au dépôt d'une matière colorante noire sur les paupières, ne paraissent pas remonter au delà du dix-huitième siècle : en 1709, un médecin anglais, James Yonge, fit paraître l'observation d'une jeune fille de Plymouth, âgée de seize ans, n'ayant jamais été réglée, et qu'on regarda comme ensorcelée parce qu'elle présentait sur plusieurs points de la face des taches noires semblables à du cirage ou à de la suie, susceptibles de s'enlever par des lotions ou des frictions, mais tachant le linge qui avait servi à nettoyer la peau. Beaucoup plus tard, en 1765, Lecat rapporta le fait très intéressant d'une jeune dame qui aurait présenté une coloration noire du visage vers la fin de trois grossesses successives.

Après ces deux exemples, il faut arriver jusqu'en 1831 pour trouver une observation publiée par Billard d'Angers, se rapportant à une jeune fille qui présentait, sur la figure et sur quelques parties du tronc, une belle couleur bleue formée par une matière colorée qu'on enlevait en l'essuyant avec un mouchoir (1) ; Billard proposa de nommer cette maladie *cyanopathie cutanée*. En 1845, un nouveau fait est signalé à Londres par le docteur Teevan (2) ; en 1849, le docteur Bousquet (de Saint-Chinian,

(1) Billard, *Mémoire sur un cas particulier de cyanopathie cutanée ou coloration bleue causée par une altération de la transpiration* (*Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXVI, p. 453).

(2) Teevan, *Medico-chirurgical Transactions*, 1845, vol. XXVIII et *Medical Times*, vol. XII, p. 293.

Hérault), adresse à l'Académie de médecine la relation d'une observation de chromidrose, caractérisée par l'intensité de la couleur noire (1). Ces différents faits, que nous venons de citer, avaient été publiés isolément; en 1855, le docteur Neligan réunit les observations recueillies en Angleterre par Yonge et Teevan, et y ajoute deux nouveaux exemples (2). Érasmus Wilson signale également cette maladie, qu'il attribue (3), comme le docteur Neligan, à une altération de la sécrétion sébacée, et lui donne le nom de *stearrhœa nigricans*. C'est en 1857 que Le Roy de Méricourt, ayant eu l'occasion d'observer, à Brest, deux cas de coloration noire de la peau, et ayant entendu parler de plusieurs autres cas semblables signalés dans le même pays depuis plusieurs années, donna la première description complète de cette singulière maladie. A partir de ce moment, l'attention médicale ayant été éveillée sur ce point, plusieurs nouveaux faits furent publiés, et on en possède aujourd'hui un certain nombre. Dans son dernier mémoire, Le Roy de Méricourt en cite 28 observations qu'il considère comme authentiques.

Néanmoins, malgré le nombre de ces observations, malgré l'identité presque constante de leurs principaux détails, la chromidrose ne fut pas acceptée sans contestation comme une maladie réelle ayant droit de figurer dans le cadre nosologique. En face des faits qu'on rapportait à cette affection singulière, on se demanda si cette maladie existait réellement, si les malades n'avaient pas simulé une coloration morbide de la peau, et si les médecins qui avaient cru à cette sécrétion colorée n'avaient pas été dupes d'une fraude. Le premier doute qui s'éleva contre l'authenticité des faits publiés, fut émis par le

(1) Bousquet (de Saint-Chinian), *Observ. de coloration noire du visage* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1854, t. XVIII, p. 559).

(2) Neligan (J. Moore), *On the peculiar black discolorations of the skin of the Fare* (*Dublin quaterly Journal*, May 1855, vol. XIX, p. 295).

(3) Erasmus Wilson, *Diseases of the skin*, 6th edition.

docteur Duchenne (de Pavilly), qui relata un fait de simulation de coloration, qu'il découvrit chez une femme se prétendant atteinte d'une coloration bleue des paupières, et qui avoua s'être teinte pendant vingt ans avec de l'indigo. Mais cette opposition contre la maladie décrite par Le Roy de Méricourt, surgit surtout au sein de la Société médicale des hôpitaux, à propos de la relation d'un fait de chromidrose que j'avais observé à Brest, au mois de septembre 1859, sur une jeune fille, et que je crus devoir communiquer à cette Société. Parmi les membres présents à la séance, personne n'avait rien vu de semblable, et une incrédulité générale accueillit ma communication. Convaincu de la réalité de ses observations, Le Roy de Méricourt voulut vaincre l'obstination de ses adversaires en faisant passer sous leurs yeux un exemple de la maladie; il fit venir à Paris une femme atteinte depuis plusieurs années de chromidrose des paupières, et il la soumit à l'examen d'une commission de la Société médicale des hôpitaux, laquelle, après avoir enlevé les taches noires, resta plusieurs heures en observation auprès de la malade pour voir si les taches se reproduiraient spontanément. Malheureusement les taches ne reparurent pas immédiatement, et la femme quitta Paris au bout de plusieurs jours sans qu'elles se fussent manifestées de nouveau; on ne constata même pas son apparition dans les premiers mois qui suivirent son retour à Brest. Après cet échec, la commission conclut que la personne qu'elle avait examinée avait simulé une coloration noire spontanée des paupières, que cette coloration avait été obtenue chez elle avec du noir de fumée, et que, si tous les exemples de chromidrose répondent à celui qui avait été envoyé comme type, la réalité de l'existence de cette maladie n'est certainement pas encore bien établie.

Malgré mes efforts pour faire modifier ce que ces con-

clusions me paraissaient avoir de trop absolu, elles furent adoptées par la presque unanimité des membres présents de la Société, et on put croire que la chromidrose était détruite à jamais. Mais on comptait sans la conviction et sans la persévérance de Le Roy de Méricourt; il se remit à l'œuvre avec courage, et, dans un mémoire très complet, très convaincant, il rassembla tous les faits connus de chromidrose, discuta les expériences et les opinions de la commission de la Société des hôpitaux, compléta l'observation de la femme qui avait servi à l'expérience infructueuse de cette même commission, en annonçant que la coloration noire avait reparu aux paupières quelques mois plus tard, à la suite d'une émotion vive causée par la mort d'un de ses enfants; il ajouta à son travail une note de Ch. Robin, établissant la nature spéciale de la matière colorante sécrétée par la peau et sa différence radicale avec la poudre de charbon et les autres substantances employées comme cosmétiques, et il conclut en disant qu'il attendrait désormais patiemment que le temps et l'équité de ses adversaires vinssent consacrer authentiquement ce qui était devenu pour lui une conviction profonde.

Pour ma part, après avoir lu le mémoire de Le Roy de Méricourt, après avoir médité les observations dues à divers médecins, recueillies dans des pays si différents, et cependant dont les détails sont si semblables, je ne puis me refuser à croire à l'existence de cette maladie, si singulière qu'elle soit. On ne peut pas révoquer en doute la couleur bleue que peut prendre la suppuration, et j'en ai vu moi-même un exemple récent dans le cas d'un eczéma des jambes, dont la matière séro-purulente tachait le linge en bleu; il existe des sueurs de sang. Pourquoi donc, dans de certaines circonstances encore inconnues, la peau ne pourrait-elle être le siège d'une sueur colorée? Et parce que ce fait de sécrétion peut être simulé,

est-ce une raison de considérer comme des fourbes ces malades désolés de leur désagréable affection et faisant souvent de vains efforts pour s'en débarrasser? Je crois donc à la réalité de la chromidrose, dont j'ai vu d'ailleurs plusieurs exemples depuis la discussion élevée au sein de la Société médicale des hôpitaux, et je vais la décrire comme une espèce nosologique ayant sa place légitime dans les hypercrinies.

Symptômes. — La chromidrose est constituée par des taches plus ou moins étendues, d'une coloration ordinairement noire ou bleu foncé existant sur la peau. Les régions sur lesquelles on a observé ces taches sont, par ordre de fréquence, les paupières inférieures, les paupières supérieures, les joues, le front, les ailes du nez, toute la face ; on a encore vu, mais rarement, les taches recouvrir le cou, la région sternale, la poitrine, le ventre, les mains, les pieds; jamais les oreilles n'ont été signalées comme colorées en noir; mais nous devons dire que, dans la plupart des observations, le dépôt de matière colorante est borné aux paupières; lorsque les quatre paupières sont affectées, la teinte est toujours plus foncée aux inférieures. Cette teinte d'ailleurs est tantôt noire, tantôt d'un bleu foncé ; en 1884, Le Roy de Méricourt a présenté à l'Académie de médecine un jeune malade présentant sur le cou une chromidrose rose. Lorsque le dépôt, noir, bleu ou rose, occupe une surface limitée et surtout lorsqu'il est placé seulement sur la paupière inférieure, la physionomie de la personne malade est peu changée ; la teinte noire qui existe au-dessous des yeux donne à ceux-ci plus d'éclat et produit l'effet que cherchent certaines femmes en se noircissant volontairement les paupières ; mais, lorsque les deux paupières sont atteintes, et lorsque la matière noire est sécrétée en quantité assez considérable, il en résulte une difformité très désagréable, une apparence de lunettes noires ou bleues qui produit

un effet des plus fâcheux. L'aspect de la figure est encore plus changé si la coloration s'étend à la plus grande partie du visage.

Mais ce qui caractérise spécialement cette coloration, et ce qui la différencie complètement des autres taches noires qui peuvent exister à la peau par suite d'ecchymoses, d'éphélides ou de toute autre affection pigmentaire sous-épidermique, c'est que la matière colorante peut être enlevée ; si on essuie la peau avec un linge sec ou humecté d'huile, si on la racle avec une spatule ou tout autre instrument semblable, la peau redevient blanche au-dessous ; puis, au bout d'un temps variable, depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre heures, la matière colorante reparaît et les taches se reproduisent.

Fig. 13. — Matière colorante recueillie récemment et nouvellement sécrétée (Le Roy de Méricourt).

Quant à cette matière colorante elle-même, qui tache les linges qui ont servi à l'enlever, elle a une grande puissance de coloration, ainsi qu'on peut s'en assurer en en plaçant une parcelle sur du papier. Étendue de glycérine pure et examinée au microscope, cette substance noire a paru constituée par des corpuscules de dimension variable, mais ayant toujours l'apparence lamelleuse et ressemblant à des fragments brisés d'une couche très mince de gélatine desséchée (fig. 13). Cette homogénéité, l'absence de granules plus ou moins fins, établit une différence très grande entre cette matière et le bleu de Prusse ou le noir de fumée, dans lesquels on trouve toujours des granulations distinctes et non des plaques lamelleuses. Examinée chimiquement, on a trouvé dans cette matière du fer et du carbone ; elle

est soluble dans les acides et particulièrement dans les acides chlorhydrique et sulfurique. Ch. Robin l'a rapprochée de la *cyanosine*, matière colorante trouvée dans les urines bleues par Braconnot. Ces caractères chimiques et microscopiques sont importants à connaître pour distinguer les vrais exemples de chromidrose des colorations noires simulées et obtenues à l'aide de cosmétiques.

Dans la plupart des cas dont Le Roy de Méricourt a rapporté les observations, la maladie était constituée uniquement par ces taches; il n'y avait ni douleur ni démangeaisons. Chez la jeune fille que j'ai examinée à Brest, après l'ablation artificielle de la matière colorante, les yeux devenaient larmoyants, plus sensibles à la lumière, ils étaient le siège d'une légère cuisson. Chez plusieurs malades, Le Roy de Méricourt a noté un développement exagéré du réseau veineux sous-cutané des paupières. La santé générale, le plus souvent, est conservée, et lorsqu'on a constaté de la toux, des hémoptysies, de la céphalalgie, il faut plutôt voir dans ces phénomènes morbides le fait d'une simple coïncidence. Plus souvent on a signalé un froid habituel aux pieds, quelques troubles menstruels chez les femmes et des symptômes variés d'hystérie. Nous reviendrons sur ces derniers faits en parlant de l'étiologie.

Marche. — La chromidrose peut débuter tout d'un coup au milieu de la santé la plus parfaite; le plus souvent son apparition est précédée par des phénomènes de chloro-anémie. Chez la presque unanimité des malades, l'affection a commencé par les paupières inférieures, et, de là, elle s'est étendue plus ou moins; j'ai déjà dit que souvent la teinte noire avait été bornée aux paupières. Une fois développée, la maladie a toujours duré assez longtemps, plusieurs mois ou plutôt plusieurs années ; Le Roy de Méricourt cite deux dames de Brest

chez lesquelles la teinte noire existe depuis dix ans sans interruption. Quelquefois la maladie s'efface pour revenir plus tard après quelques semaines ou quelques mois d'interruption ; l'approche des règles, les troubles de la menstruation, la grossesse, ont semblé, dans quelques cas, favoriser le retour des taches. Chez la femme soumise à l'examen de la Société médicale des hôpitaux, la teinte noire a reparu, après trois mois de disparition, à la suite d'une émotion violente.

La chromidrose peut se terminer par la guérison complète et ne pas se reproduire. Cette heureuse issue survient quelquefois sans motif apparent; d'autres fois elle coïncide avec une amélioration dans la santé générale, et surtout avec un changement de lieu.

Diagnostic. — Le diagnostic de la chromidrose est facile ; l'existence des taches noires ou bleues ou roses au visage, et principalement aux paupières, et même sur tout autre point du corps, la possibilité d'enlever ces taches par le grattage, et leur réapparition spontanée au bout d'un temps variable, sont des circonstances qui caractérisent suffisamment cette maladie pour qu'on puisse la reconnaître au premier abord. L'enlèvement des taches et leur réapparition spontanée établissent une différence bien tranchée entre la coloration de la chromidrose et les taches noires pigmentaires et sous-épidermiques, lesquelles sont persistantes et ne peuvent être enlevées artificiellement par le grattage de la peau. La véritable difficulté du diagnostic consiste dans la distinction à faire entre la vraie chromidrose et les teintes noires du visage résultant de l'application d'une pommade, d'une poudre ou d'un liquide coloré. Pour reconnaître la chomidrose réelle, on devra se rappeler que dans cette maladie la peau est recouverte d'une coloration noire ou bleue, qui ressemble au duvet coloré de certains fruits, que les cils et les poils follets examinés à la loupe

ne contiennent pas de matière colorante, ce qui ne pourrait pas être si la teinte noire était artificielle et avait été appliquée extérieurement. L'examen microscopique, en faisant reconnaître l'existence des plaques lamelleuses opaques et noires que nous avons signalées, sera d'un grand secours; enfin, dans le cas douteux, la certitude serait acquise par l'observation directe du malade pendant un temps assez long pour qu'on puisse constater la réapparition spontanée de la teinte colorée. La sécrétion nouvelle de cette matière colorante après l'application d'une couche de collodion sur des surfaces bien nettoyées, l'enlèvement de la teinte noire et sa réapparition après que la tête aurait été entourée d'un bonnet de gaze ou d'une bande impossibles à défaire, sont encore des circonstances qui devraient convaincre les plus incrédules.

Pronostic. — Nous avons peu de chose à dire du pronostic de la chromidrose; c'est une maladie qui n'entraîne par elle-même aucun trouble dans la santé, mais sa longue durée, sa résistance aux moyens thérapeutiques, son siège habituel sur des parties découvertes et très apparentes, en font une affection très pénible. Si l'on connaissait le chagrin de certaines femmes atteintes de cette sécrétion morbide, on n'oserait pas les soupçonner de simulation.

Causes. — L'étiologie de la chromidrose est encore très obscure; tout ce que je puis dire, c'est que cette maladie paraît bien plus commune chez les femmes que chez les hommes, et que l'habitation dans certains pays paraît y prédisposer; sous ce rapport nous signalerons surtout le séjour à Brest, ville dans laquelle on a recueilli le plus grand nombre d'observations. Le bord de la mer semblerait constituer encore une cause prédisposante; c'est à Brest, à Dublin, à Plymouth, à Lorient, qu'on a recueilli le plus grand nombre d'observations, mais je

dois ajouter qu'on a vu la maladie se développer au milieu des terres : à Argentan, à Bourbonne, dans les départements de Maine-et-Loire, de l'Hérault, etc. Je connais une dame atteinte, depuis plus de vingt ans, de chromidrose noire des paupières ; elle a toujours habité Paris ou ses environs. Quant aux causes efficientes, Le Roy de Méricourt avait cru d'abord devoir faire jouer un rôle important aux troubles de la menstruation ; mais la maladie a été observée chez des femmes bien réglées, et d'ailleurs l'existence bien positive de la chromidrose chez des hommes vient ôter la plus grande valeur à cette cause. Ce qui est certain, c'est que cette sécrétion anormale se rencontre presque constamment chez les femmes hystériques et chez les hommes nerveux.

Traitement. — Jusqu'à présent, les moyens employés contre la chromidrose ont échoué ; les lotions les plus diverses ne paraissent avoir eu aucun autre résultat que d'enlever momentanément la coloration ; sous ce rapport l'huile paraît être la meilleure substance à employer pour nettoyer la peau. Peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur les lotions astringentes, et surtout sur les douches d'eau astringente pulvérisée. Pour combattre la maladie on doit surtout s'appliquer à rétablir la santé, souvent altérée, en employant une médication reconstituante et antispasmodique, et surtout on doit s'emparer de ce fait d'observation, que le changement de lieu a fait quelquefois cesser la sécrétion de la matière colorée, pour conseiller aux malades un séjour assez prolongé loin du pays dans lequel la maladie s'est développée.

Nature, siège. — Pour terminer ce qui se rapporte à la chromidrose, j'ai encore un mot à dire sur la nature et sur le siège élémentaire de cette maladie. La matière colorée est évidemment le résultat d'une sécrétion, et l'absence de tout signe d'inflammation ou de lésion

organique doit engager à classer cette sécrétion parmi les flux ou hypercrinies. Mais il est plus difficile d'apprécier quelle est la partie élémentaire de la peau qui se trouve affectée : les médecins anglais Neligan, Erasmus Wilson, pensent que la matière noire de la chromidrose est sécrétée par les follicules sébacés, et ils considèrent la maladie comme une variété de l'acné sébacée fluente, d'où le nom de *stearrhœa nigricans* qu'ils ont proposé. L'absence de granulations graisseuses dans la matière noire de la chromidrose, l'état des orifices des conduits sébacés qui ne sont pas élargis et entr'ouverts, comme cela arrive dans les acnés sébacées, empêchent d'adopter cette opinion, et je serais très disposé à localiser la chromidrose dans l'appareil sudoripare, et à considérer, avec Le Roy de Méricourt et Ch. Robin, cette maladie comme une sueur colorée, quoique cette opinion manque encore de démonstration anatomique.

f. Acné sébacée.

Sous ce titre, je comprends les maladies constituées par une augmentation dans la sécrétion de la matière sébacée, s'épanchant au dehors sur la surface cutanée et se présentant, soit sous la forme d'un liquide huileux (*acné sébacée fluente*), soit sous l'apparence concrète de crasse ou de croûtes (*acné sébacée concrète*). Alibert a confondu ces affections, sous le nom de *varus comedo*, avec l'acné ponctuée, dont l'apparence est cependant bien différente, car, après avoir parlé des points noirs qu'on voit au visage, il indique que cette même maladie se présente quelquefois sous la forme d'une sorte de croûte grisâtre, ayant l'aspect d'une toile d'araignée, adhérente à la peau au moyen de prolongements filiformes, enfoncés dans les canalicules sébacés. Biett est le premier qui ait véritablement décrit l'acné sébacée, et qui l'ait rap-

portée à une hypersécrétion de l'humeur contenue dans les follicules; depuis, cette maladie a été étudiée par tous les médecins qui se sont occupés de dermatologie.

1° Acné sébacée fluente.

Cette maladie se présente sous l'aspect d'une couche oléagineuse étendue sur la peau; il semble que les personnes qui en sont atteintes ont sur la partie affectée de l'huile ou de la pommade; en même temps la peau est plus rouge, elle paraît épaissie et les orifices des conduits sébacés sont élargis, béants et bien plus apparents qu'à l'ordinaire; à l'ouverture de ces orifices il est habituel de voir une petite gouttelette de matière grasse liquide indiquant l'origine de cette sécrétion morbide. Chez quelques personnes, la couche huileuse n'existe que le matin; chez d'autres, la sécrétion est plus abondante, et, si l'on essuie la partie affectée, on la voit, peu de temps après, redevenir luisante, par le dépôt d'une nouvelle couche de matière sébacée. Cette maladie ne s'accompagne ni de cuissons, ni de démangeaisons; elle donne lieu quelquefois à quelques picotements et à une sensation de chaleur. L'acné fluente a son siège de prédilection au visage; elle existe principalement au nez, aux joues, au front; mais c'est surtout aux parties latérales du nez qu'elle offre la plus grande intensité; on peut la rencontrer partout ailleurs, sur le cuir chevelu d'abord, puis sur le tronc, sur les membres; on l'a même vue occuper toute l'étendue de l'enveloppe cutanée. Quelquefois elle existe seule; mais le plus souvent elle est associée à d'autres formes d'acné et particulièrement aux acnés simples et indurées; et, comme ces diverses maladies siègent presque toujours au visage, il résulte souvent de leur assemblage un aspect repoussant de la figure.

L'acné fluente a une marche très chronique; elle oppose une résistance très grande aux moyens de traitement; souvent elle persiste indéfiniment; quelquefois elle est le premier degré de l'acné concrète, qui vient la compliquer ou la remplacer plus tard.

Le *diagnostic* de cette affection est très-facile; elle est suffisamment caractérisée par la couche huileuse de la peau et par l'élargissement des orifices folliculeux, pour qu'on ne la confonde ni avec la sueur, ni avec l'eczéma.

Nous n'avons pas à parler du *pronostic*, qui n'est pas grave, si on considère que l'hypersécrétion de l'humeur sébacée n'a aucune influence sur la santé générale, mais qui devient plus sérieux si on réfléchit à la longue durée et à l'opiniâtreté de cette maladie.

Les *causes* de l'acné fluente sont peu connues; comme l'acné ponctuée, on la rencontre surtout chez les personnes d'un tempérament lymphatique et chez les jeunes sujets; elle paraît dépendre d'une disposition spéciale de la peau naturellement épaisse et piquetée par le fait des orifices entr'ouverts et élargis des follicules sébacés, et figurant ce qu'on appelle vulgairement *une peau d'orange*. Comme pour plusieurs autres espèces d'acné, Bazin en a fait, sans raison suffisante, une manifestation de la scrofule.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi local des alcalins et des astringents; on emploiera principalement les lotions avec des solutions de sous-carbonate de soude, de borate de soude (eau commune, 300 grammes, sous-carbonate ou borate de soude, de 5 à 10 grammes), répétées plusieurs fois par jour; on peut employer également les solutions d'alun, de sulfate de fer, de tanin et surtout le coaltar saponiné de Lebeuf étendu d'eau tiède, ou mieux, le savon noir étendu d'eau. Ces lotions sont préférables aux pommades, à cause de l'état huileux de la peau, qui est encore augmen-

té par des onctions faites avec un corps gras ; cependant, dans certains cas, on peut employer des pommades à base de tanin, de peroxyde de fer ou d'acide gallique. Pour préparer ces pommades, la glycérine ou la vaseline, moins oléagineuses que les graisses, doivent être préférées; je me suis servi quelquefois avec avantage d'un glycérolé comprenant un quart d'eau de rose et un quinzième de tanin. Les onctions avec l'huile de cade, soit pure, soit mêlée à la glycérine en diverses proportions, ont été aussi employées avec avantage. Enfin nous signalerons comme utiles les bains alcalins, les bains sulfureux et surtout les douches de même composition, dirigées sur les parties malades à travers une pomme d'arrosoir. Nous avons vu également des cas de guérison obtenue à l'aide des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, de Barèges, d'Ax, d'Aix en Savoie et de Louèche. Quant au traitement général, nous n'avons jamais pu constater l'influence heureuse des purgatifs et des médicaments dits dépuratifs; si cependant l'acné sébacée était développée chez un sujet à tempérament lymphatique et surtout chez un scrofuleux, nous n'hésiterions pas à associer au traitement local l'huile de foie de morue, les amers, la solution de chlorure, de sodium et les précautions hygiéniques convenables.

2° Acné sébacée concrète.

Dans cette variété d'acné la matière sébacée est également sécrétée en excès et se répand sur la surface cutanée ; mais, au lieu de se présenter sous la forme liquide, elle se concrète en plaques adhérentes à la peau sous-jacente. La couleur de ces croûtes est en général d'un gris jaunâtre, quelques-unes sont tout à fait noires ; suivant l'expression d'Alibert, elles ressemblent quelquefois à une toile d'araignée repliée sur elle-même en

plusieurs doubles. Leur étendue varie depuis un ou deux centimètres jusqu'à celle qui est nécessaire pour occuper toute une région; à la face on voit quelquefois l'acné concrète recouvrir tout le visage en manière de masque. Ces croûtes adhèrent à la peau assez solidement; cependant, avec l'extrémité libre des ongles, avec un couteau à papier, on peut les enlever, et on voit alors souvent à leur face adhérente des prolongements filamenteux qui se détachent des follicules sébacés entr'ouverts. Après que la plaque sébacée a été ainsi enlevée, la peau qui était recouverte se montre rouge, un peu humide, l'épiderme n'est pas luisant et paraît comme macéré; en outre, les orifices des follicules sébacés sont très élargis et entr'ouverts, à leur intérieur on voit quelquefois des débris de matière sébacée déchirée par l'avulsion de la croûte. Quant à la plaque elle-même, on voit qu'elle est constituée par une matière molle, ciriforme, susceptible de se malaxer entre les doigts et de former des petites boulettes. Étudiée au microscope, cette matière contient principalement de la matière grasse et une quantité considérable de cellules épidermiques.

L'acné sébacée concrète siège le plus souvent à la face et au cuir chevelu; on peut la voir sur le tronc et aux membres; j'en ai rencontré dans la paume des mains, quoique les anatomistes prétendent n'avoir jamais trouvé de follicules sébacés dans cette région; j'ai vu deux cas dans lesquels l'acné était à peu près répandue partout, en laissant cependant quelques intervalles dans lesquels la peau se présentait à l'état normal.

L'acné concrète est commune au cuir chevelu; elle s'y présente sous la forme d'une crasse jaunâtre, formant une couche assez épaisse, qu'on peut enlever avec l'ongle ou avec le peigne fin, et qui présente cette apparence de cire que je signalais tout à l'heure. Cette affection est une cause d'alopécie : les cheveux enduits d'une matière

grasse, qui les rend très luisants, tombent facilement et repoussent avec peine. Il peut en résulter une calvitie précoce et irrémédiable.

L'acné sébacée est rarement accompagnée de douleurs ou de démangeaisons; Bazin, qui admet une acné concrète de nature arthritique, et une autre de nature scrofuleuse, prétend que, dans la première, il existe des démangeaisons ou des picotements, et qu'en même temps les croûtes sont sèches, minces, mêlées d'écailles pityriasiques; tandis que dans l'acné scrofuleuse les croûtes sont épaisses et ne s'accompagnent ni de prurit ni de cuisson. J'avoue que, pour ma part, je n'ai jamais pu constater ces différences; mais, ce que j'ai observé à plusieurs reprises, dans les acnés un peu étendues, c'est que la peau devenait très douloureuse après l'avulsion des plaques, et que les régions découvertes étaient le siège d'une chaleur vive et de cuissons violentes. J'ai cité, dans mes leçons cliniques, le fait d'une jeune femme entrée à l'hôpital Saint-Louis pour se faire traiter d'une acné concrète couvrant d'un masque gris la face et le cuir chevelu, et qui préféra renoncer au traitement plutôt que de s'exposer de nouveau aux douleurs intolérables qui suivirent la première avulsion de la plaque sébacée.

Une fois développée, l'acné concrète a de la tendance à persister; c'est surtout à la face qu'elle offre une grande résistance aux moyens thérapeutiques; au cuir chevelu la maladie est moins rebelle, surtout chez les enfants.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'acné sébacée concrète est facile, si l'on fait attention au caractère onctueux de la croûte, à sa malléabilité entre les doigts, à la possibilité de la détacher, et à l'aspect de la peau sous-jacente, laquelle se présente sans ulcération, recouverte de son épiderme, mais criblée de trous, constitués par l'orifice élargi des follicules. On la distinguera de l'eczéma et de l'impétigo par les caractères que je viens d'indiquer,

les croûtes de ces dernières affections étant dures, cassantes, plus adhérentes, et au-dessous d'elles la peau étant rouge et quelquefois ulcérée. J'ai vu souvent confondre l'acné concrète du cuir chevelu avec le pityriasis, ces deux maladies ayant pour caractère commun de produire la chute des cheveux; le diagnostic différentiel est important à cause du traitement qui diffère; on l'établira facilement, en remarquant que dans le pityriasis les cheveux sont très secs, très grêles et que le cuir chevelu est recouvert de squames blanches ou grises, sèches, tombant en poussière sur les vêtements, tandis que dans l'acné concrète les cheveux sont gras, comme s'ils étaient enduits de pommade, et le cuir chevelu présente à sa surface une couche jaunâtre, molle, semblable à de la cire, une espèce de crasse qu'on peut enlever facilement avec l'ongle et avec laquelle on forme facilement une petite boulette; j'ajouterai cependant que l'acné sébacée concrète et le pityriasis peuvent exister simultanément.

Il est encore plus important peut-être de distinguer, au visage, l'acné sébacée concrète du cancroïde, confusion qui a été commise trop fréquemment, et qui a fait attaquer par le caustique des taches insignifiantes, qu'on aurait pu faire disparaître avec des lotions savonneuses. Pour arriver à ce diagnostic, on devra faire attention que la croûte du cancroïde est dure, difficile à enlever, qu'elle recouvre une ulcération ou une saillie verruqueuse, et qu'elle est généralement entourée d'un rebord saillant, tandis que la croûte molle de l'acné laisse sous elle, après avoir été enlevée, la peau intacte et sans saillie. Toutefois je dois faire remarquer ici qu'on rencontre souvent, chez les vieillards, des taches grises, saillantes, de la grandeur d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes, qu'on prend pour des croûtes d'acné sébacée simple; ces cas sont plus complexes : la tache est formée à la fois de matière sébacée et de productions épithéliales, et elle

repose sur une surface un peu inégale, comme verruqueuse. Ces saillies appartiennent bien plutôt à l'épithélioma qu'à l'acné sébacée, et il faut bien se garder de les écorcher ou de leur faire des applications irritantes, car elles dégénéreraient facilement. Je crois que la distinction entre ces taches noires verruqueuses et les croûtes d'acné n'a pas été bien faite, et que c'est ce qui a fait dire à quelques auteurs, et en particulier à Bazin, que l'acné sébacée pouvait dégénérer et se transformer en épithélioma. Pour ma part, je n'ai jamais vu la dégénérescence cancroïdienne envahir la peau couverte d'une véritable acné concrète.

Je n'ai rien à dire du *pronostic* ni de l'*étiologie* de l'acné concrète; je répéterais ce que j'ai indiqué en parlant de l'acné fluente. A propos des causes, je dirai seulement que l'acné concrète se rencontre fréquemment chez les nouveau-nés, et qu'elle constitue une des variétés de ce qu'on appelle les croûtes laiteuses, et ce qui a été désigné par Alibert, sous le nom d'*achore lactumineuse*. J'ajouterai que j'ai rencontré fréquemment l'acné concrète au cuir chevelu et à la partie antérieure de la poitrine, chez des personnes atteintes de maladies chroniques, et, en particulier, chez les phthisiques. Je serais tenté de croire qu'elle se rattache alors plutôt à l'absence des soins de propreté qu'à la maladie elle-même.

Traitement. — Le traitement de l'acné sébacée concrète se compose des mêmes moyens que nous avons indiqués pour l'acné fluente. On devra surtout employer d'abord les lotions alcalines, ou simplement les lotions savonneuses, le coaltar de Lebeuf, qui ont pour propriété de dissoudre la matière grasse, puis chercher à tarir l'hypersécrétion au moyen des astringents. On doit s'abstenir de pommades, qui viennent ajouter une nouvelle couche grasse à celle qui existe déjà; cela est vrai surtout pour l'acné sébacée du cuir chevelu, dans laquelle se

trouvent très indiquées les lotions alcalines, et, en particulier, la solution de borate de soude et le savon noir étendu d'eau. Les eaux alcalines naturelles ou artificielles en bains, en douches, en lotions, sont particulièrement utiles; la guérison peut encore être consolidée par l'usage des eaux sulfureuses. On a dit aussi que les alcalins, pris à l'intérieur, pouvaient avoir une action utile; nous croyons davantage à leur efficacité lorsqu'ils sont administrés à l'extérieur; mais nous ne voyons d'ailleurs aucun inconvénient à les prescrire lorsqu'il n'existe à leur administration aucune contre-indication spéciale. Chez plusieurs malades, je me suis bien trouvé de l'emploi de la solution de perchlorure de fer, au 30e, à la dose de trois à cinq gouttes avant le déjeuner et avant le dîner.

HUITIÈME CLASSE

NÉVROSES CUTANÉES

Dans les maladies de la peau on rencontre fréquemment des phénomènes qu'on peut rapporter à une altération du système nerveux; le plus ordinairement ces phénomènes sont consécutifs soit à une lésion du système nerveux lui-même, comme pour certaines difformités cutanées, telles que le vitiligo ou l'ichtyose, ou certains flux, ainsi que nous l'avons vu pour l'hyperidrose et la chromidrose, soit plus souvent encore à une maladie quelconque de la peau, comme on le voit dans les cas de douleur, de prurit, de chaleur consécutifs aux éruptions inflammatoires, parasitaires ou herpétiques. Dans tous ces cas les altérations de la sensibilité ou de la nutrition de la peau sont symptomatiques; je

n'ai pas à m'en occuper ici, leur histoire appartient à celle des affections dont elles dépendent. Je ne dois pas parler non plus de l'anesthésie ni de ses variétés, toujours subordonnées à une lésion ou à une maladie du système nerveux ou à une altération du sang. Je pense devoir, dans ce chapitre, me borner à décrire les maladies nerveuses cutanées protopathiques ou du moins pouvant se présenter dans certains cas comme des affections idiopathiques et indépendantes, quoiqu'elles puissent cependant exister quelquefois comme secondaires et symptomatiques. D'après cette manière de voir, je ne placerai dans la classe des névroses idiopathiques de la peau que la dermalgie, l'hyperesthésie cutanée et l'urticaire, maladies consistant dans des troubles fonctionnels de la sensibilité, sans altération anatomique appréciable et explicative de ces troubles morbides.

a. Dermalgie.

Définition ; historique. — La *dermalgie* ou *dermatalgie* est une névralgie de la peau caractérisée par une douleur superficielle indépendante d'une lésion appréciable de la peau ou du système nerveux. On peut dire avec justice que c'est à Beau qu'on doit la première description exacte et magistrale de la dermalgie, considérée comme une maladie distincte et bien déterminée, et la plupart des auteurs qui en ont parlé, depuis Valleix, Axenfeld, Monneret, n'ont fait que répéter ce qui se trouve dans le mémoire de l'auteur que je viens de citer en premier (*Arch. gén. de méd.*, 1841).

Description. — Le phénomène dominant de la dermalgie est la douleur, plus ou moins vive, que les malades comparent à une cuisson, à une brûlure, à la sensation qu'on éprouve par l'enlèvemnt de l'épiderme et la dénudation du corps muqueux. J'ai rencontré quelques

malades qui, au lieu de ressentir de la chaleur, accusaient une sensation de froid. Cette douleur est permanente et spontanée, mais de temps en temps, comme dans toutes les névralgies, elle est renforcée par des élancements instantanés, intermittents, revenant à des intervalles variables ; ordinairement aussi, la sensation douloureuse est augmentée par la pression, par le contact des objets extérieurs, tels que les vêtements ; le froissement le plus léger suffit quelquefois pour faire naître ou pour exaspérer la douleur. Par contre, avec la douleur spontanée on observe quelquefois une diminution de la sensibilité tactile, les malades peuvent être touchés, pincés, piqués impunément, il y a de l'anesthésie : cela se voit, comme je l'ai noté, dans certains cas de névralgie accompagnant le zona, et cela peut exister aussi dans la dermalgie idiopathique. La douleur est superficielle ; par ce seul fait, on reconnaît bien qu'elle existe dans le tégument externe, et Piorry a observé que, si l'on déplace la peau à l'endroit douloureux par quelques tractions, la douleur persiste dans la partie déplacée et ne se fait plus sentir dans l'endroit où elle existait auparavant. Dans la région douloureuse la peau ne présente d'ailleurs aucune altération apparente, ni de coloration ni de température ; on a dit qu'il existait quelquefois une teinte rosée, je crois ce fait bien rare.

La maladie peut être généralisée, mais le plus ordinairement, dans la névralgie cutanée idiopathique, non symptomatique d'une altération des centres nerveux, la douleur est localisée, et suivant l'observation de Beau, elle se rencontre plus souvent à la tête et aux membres inférieurs. Valleix dit l'avoir observée surtout sur les parties pileuses. La névralgie peut gagner en superficie, elle peut changer de place. L'étendue de la partie douloureuse est variable, quelquefois elle est bornée à deux ou trois centimètres, d'autres fois elle occupe dix à quinze centimètres ;

on a cité des cas de dermalgie étendue à tout un membre, à tout un côté du corps ; dans ces circonstances je serais bien porté à croire à une névralgie symptomatique d'une lésion d'un nerf, des centres nerveux ou d'une maladie générale.

La dermalgie ne s'accompagne ordinairement d'aucun phénomène accessoire ; il y a rarement de la fièvre, Beau ne l'a signalée que chez trois de ses malades ; lorsque la douleur est vive, l'appétit peut être diminué et le sommeil peut être troublé.

La *marche* de la maladie est ordinairement aiguë ; sa durée n'est quelquefois que de deux à trois jours ; Beau lui assigne une durée habituelle de huit à quinze jours. La guérison est habituellement graduelle et la douleur diminue d'intensité avant de disparaître complètement. Beau n'a pas signalé la marche intermittente de la dermalgie ; j'en ai observé deux cas avec un type quotidien. La récidive est possible, mais elle n'est pas fréquente.

Diagnostic. — La dermalgie est suffisamment caractérisée par une douleur superficielle, occupant un espace circonscrit de la peau et augmentée par une légère pression, pour qu'on puisse la reconnaître facilement avec un peu d'attention. Il faut croire cependant qu'elle est confondue souvent avec la névralgie des nerfs sous-cutanés et avec le rhumatisme musculaire pour expliquer sa rareté apparente auprès de la plupart des médecins. Pour la distinguer des deux affections douloureuses que je viens de nommer, il faut se rappeler que dans la névralgie des nerfs sous-cutanés la douleur est moins superficielle et qu'elle suit le trajet de ces nerfs ordinairement sensibles à la pression, et que dans le rhumatisme musculaire la douleur se fait sentir principalement dans les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles affectés. L'essentiel dans le diagnostic est de distinguer la dermalgie idiopathique, dite rhumatismale, de celle

qui est symptomatique; dans ce dernier cas la douleur est plus étendue, plus durable et elle s'accompagne d'autres phénomènes.

J'ai peu de chose à dire du *pronostic*, la dermalgie idiopathique est une maladie assez douloureuse, mais sa durée est courte et la guérison est habituelle.

Etiologie. — Ne parlant ici que de la dermalgie idiopathique, je n'ai pas à mentionner parmi ses causes le traumatisme, les affections des centres nerveux, le diabète, la polyurie, l'hystérie et d'autres affections du système nerveux; je mentionnerai avec Beau comme une cause ordinaire de la douleur névralgique de la peau, le refroidissement, c'est là une circonstance étiologique qu'on constate souvent et qu'on peut supposer même lorsque les malades n'en ont pas eu conscience. J'ajouterai que la maladie paraît plus commune chez les adultes que chez les enfants et les vieillards, chez les hommes que chez les femmes, et qu'elle semble affecter de préférence les gens nerveux et les rhumatisants. Cette dernière circonstance et la notion de la cause ordinaire *a frigore* ont engagé Beau à considérer la dermalgie comme une affection de nature rhumatismale, et cette opinion a été généralement adoptée.

Le *traitement* de la dermalgie consiste dans des applications de cataplasmes chauds rendus narcotiques par l'addition de quinze à vingt gouttes de laudanum, dans des onctions avec du baume tranquille et avec l'huile chloroformée et dans des injections hypodermiques de solution de chlorhydrate de morphine. En même temps il sera bon d'administrer à l'intérieur le sulfate ou le valérianate de quinine, les préparations de valériane ou de datura stramonium, la poudre de Dower, les pilules de Méglin, et de garantir les malades contre les impressions du froid et de l'humidité.

b. Hyperesthésie cutanée. — Prurit nerveux.

En dermatologie on a l'habitude d'employer l'expression d'hyperesthésie cutanée comme synonyme de prurit, c'est-à-dire de cette sensation spéciale ressentie à la peau, qui porte à se gratter; c'est dans ce sens que je l'emploie ici. Ce phénomène, lié évidemment à une altération spéciale des nerfs sensitifs, se rencontre dans un grand nombre de maladies cutanées et principalement dans celles qui siègent sur la couche superficielle de la peau et qui atteignent le corps papillaire; dans les plaies et dans les ulcères qui atteignent le tissu cellulaire sous-cutané, il peut y avoir de la douleur, mais il n'y a pas de démangeaison, et ce symptôme ne survient que lorsque les bourgeons charnus commencent à se couvrir de cellules épidermiques et à se cicatriser; d'où la croyance populaire que la démangeaison qui survient à la surface d'une plaie est un signe de guérison prochaine. J'ajouterai que le prurit paraît accompagner surtout les éruptions dépendant d'une irritation locale; dans les affections dyscrasiques, au contraire, dans la syphilis, dans la scrofule, dans les fièvres éruptives, on observe plus rarement des démangeaisons. Cette règle n'est cependant pas sans exception, car le prurit existe dans les plaques muqueuses syphilitiques; on le rencontre quelquefois à un degré très prononcé dans la scarlatine, et c'est un symptôme habituel et très prononcé des éruptions herpétiques qu'on doit cependant rattacher à une maladie constitutionnelle.

Hebra attribue le prurit à un ralentissement de la circulation dans les capillaires des papilles cutanées; c'est ainsi que, suivant lui, ce symptôme existe dans l'eczéma avant et après l'exsudation, tandis que, lorsque la sécrétion se fait au dehors, la stase sanguine disparaissant, le prurit diminue. On peut expliquer également comment le

grattage fait cesser le prurit en déterminent une congestion ou un écoulement de sang qui diminue la stase capillaire. Mais la démangeaison est quelquefois le résultat d'influences éloignées ; elle a été rencontrée dans les troubles digestifs; dans les affections de l'utérus et des ovaires, on observe souvent un prurit de la vulve ; et la présence des vers intestinaux donne lieu souvent à des démangeaisons au nez et à l'anus; dans ces différents cas le trouble nerveux qui se manifeste par le prurit ne peut guère être attribué à un ralentissement dans la circulation sanguine papillaire.

Le prurit présente des différences très grandes dans son intensité : dans certains cas, c'est une sensation peu accentuée, fugace, qui se dissipe d'elle-même ou qui cède après un léger grattage; mais d'autres fois la démangeaison est vive, le besoin de gratter est irrésistible et, pour calmer cette sensation pénible, les malades se servent souvent des ongles, quelquefois même d'objets rudes ou pointus et se font des excoriations plus ou moins profondes, ordinairement de forme linéaire et se recouvrant plus tard d'une concrétion sanguine noirâtre. J'ai indiqué les caractères et les conséquences de ce prurit intense à propos du prurigo formicant; je n'ai pas besoin d'y revenir ici.

Je ne dois pas non plus m'étendre sur le prurit symptomatique d'un grand nombre d'affections cutanées de nature variée, son histoire se retrouve dans la description des maladies qui le provoquent; mais je voudrais surtout ici appeler l'attention sur la démangeaison indépendante de toute éruption, qui paraît se rattacher à une exaltation de la sensibilité cutanée et qu'on peut considérer comme une névrose. C'est alors surtout qu'on doit lui donner le nom d'*hyperesthésie cutanée.* Elle peut être étendue à toutes les régions du corps; d'autres fois elle est simplement locale.

Dans l'hyperesthésie générale, la peau est complètement saine au début de la maladie, le prurit est le seul symptôme. Il est rare que cette démangeaison soit permanente, elle revient par paroxysmes, quelquefois presque périodiquement et principalement le soir; chez certains malades elle apparaît dans le courant de la nuit et à une heure déterminée. Le prurit se développe parfois à la suite d'un contact, d'un froissement; il se manifeste souvent ou il s'exaspère au moment de la digestion et après un exercice un peu violent, lorsque la circulation est accélérée par un travail physiologique. La démangeaison amène nécessairement le grattage et celui-ci fait naître souvent des papules de prurigo et des excoriations; ce sont là des altérations cutanées consécutives, mais la présence de l'éruption papuleuse rend le diagnostic très difficile entre le prurigo et l'hyperesthésie cutanée, et explique la confusion établie entre ces deux affections; confusion qu'il est quelquefois bien difficile d'éviter dans la pratique. Mais le grattage a encore un autre résultat aux endroits où il a été appliqué, il imprime momentanément sur la peau des traces linéaires rouges qui persistent pendant quelques minutes. Il est possible de produire artificiellement ces lignes en frottant la peau rapidement avec l'extrémité des doigts; on voit alors se dessiner, aux endroits touchés, des raies rouges, qui apparaissent lentement, au bout de quelques secondes; la coloration se dessine, reste imprimée pendant un certain nombre de minutes, et s'efface peu à peu; quelquefois avant que la raie rouge se prononce, l'attrition de la peau produit une raie blanche d'anémie cutanée bientôt remplacée par la coloration rouge. On peut ainsi à volonté sur la peau des malades, soit avec le doigt, soit avec un objet mousse, dessiner des lettres, des figures qui persistent pendant un certain temps. Ordinairement ces lignes ne se distinguent que par leur coloration; dans

quelques cas, elles présentent une légère saillie et offrent alors une grande ressemblance avec ce qui se rencontre dans l'urticaire. Ces phénomènes me semblent devoir être expliqués par une paralysie des nerfs vasomoteurs, et par une congestion passive des capillaires cutanés.

Lorsque l'hyperesthésie a duré longtemps, la peau présente, comme dans le prurigo chronique, une coloration brune plus ou moins foncée, qui se rencontre principalement au tronc et plus particulièrement dans le dos. La peau est ordinairement sèche; dans certains cas cependant, il existe des transpirations abondantes, et on voit surtout de grosses gouttes de sueur se détacher des aisselles et couler le long des parties latérales du thorax. Comme exagération de cet excès de transpiration, je ne dois pas omettre de signaler ici un phénomène bien singulier que j'ai eu occasion de rencontrer deux fois, savoir : la sécrétion lactée dans les seins de femmes non nourrices ; chez ces deux femmes, dont l'une avait quarante ans et l'autre cinquante-cinq ans, n'ayant pas eu d'enfants, ni l'une ni l'autre, depuis plus de dix ans, la sécrétion du lait assez abondante avait paru manifestement quelque temps après le prurit cutané et paraissait en être la conséquence.

Également comme dans le prurigo, le prurit de l'hyperesthésie cutanée prive les malades de sommeil et c'est là pour eux une grande cause d'excitation nerveuse et d'affaiblissement général. Par suite de cette insomnie les fonctions digestives s'altèrent assez souvent et on peut voir survenir de l'inappétence, des digestions pénibles, de la diarrhée et une véritable cachexie.

L'*étiologie* de l'hyperesthésie cutanée générale est peu connue, je placerai cependant au premier rang des circonstances qui paraissent la favoriser, la vieillesse avancée ; je dirai même que c'est une maladie assez commune

chez les gens âgés et affaiblis; elle se développe quelquefois à la suite de chagrins ou de fatigues. Je serais très porté à rattacher à cette névrose de la peau les démangeaisons observées dans l'ictère. Il y a bien chez les ictériques des papules de prurigo, mais elles ne sont pas constantes, alors même que le prurit est intense, et, si l'on observe bien, on constatera que le prurigo ne se développe que consécutivement à la démangeaison et souvent assez longtemps après. Dans l'ictère on peut ordinairement imprimer artificiellement sur la peau ces lignes rouges que j'ai signalées et qui tranchent par leur couleur sur la teinte jaune de l'enveloppe cutanée.

Au lieu d'être générale, l'hyperesthésie peut n'occuper que certaines régions du corps; c'est principalement à l'anus, aux bourses ou à la vulve qu'on rencontre ces démangeaisons indépendantes de toute éruption; je vais indiquer quelques détails qui leur appartiennent. Le prurit de l'anus (*prurigo podicis*) est caractérisé par d'atroces démangeaisons, il se développe sous forme de paroxysmes et survient principalement le soir; le prurit s'étend quelquefois à l'intérieur de l'anus et, pour se soulager, les malades introduisent dans l'ouverture inférieure de l'intestin le doigt et quelquefois même un objet plus dur et plus volumineux; après le grattage, il survient souvent à l'orifice anal un suintement séreux qui amène une détente dans la démangeaison et qui s'accompagne même quelquefois d'une sensation voluptueuse. Lorsque cette affection a duré un certain temps, la peau des environs de l'anus s'épaissit, se ride et devient plus foncée en couleur; à la marge de l'orifice anal on peut constater souvent des excoriations et de véritables fissures qui s'étendent jusqu'à la membrane muqueuse. Le prurit anal peut coïncider avec des hémorrhoïdes, avec des fistules; on l'observe plus particulièrement chez les personnes atteintes de goutte, de diabète et de dia-

thèse dartreuse ; il peut être sous la dépendance de la présence de vers intestinaux et principalement des oxyures vermiculaires siégeant dans le rectum.

On a décrit comme une variété spéciale le prurigo des bourses (*prurigo scroti*) ; il ne diffère du précédent que par son siège et il n'en est souvent que l'extension : les malades atteints de cette affection éprouvent sur le scrotum des démangeaisons vives qui amènent du grattage et des excoriations ; plus tard, il survient sur cette région un épaississement de la peau et une coloration noire due à une exagération de la sécrétion pigmentaire.

On doit attacher plus d'importance au prurigo vulvaire (*prurigo pudendi muliebris*), qu'on observe chez les femmes et qui constitue une maladie relativement assez commune. Dans cette variété, il existe des démangeaisons excessivement vives aux parties génitales cutanées, principalement aux grandes et aux petites lèvres ; le prurit s'étend même quelquefois jusque dans l'intérieur du vagin. Les malades ne peuvent résister au désir de se gratter et comme le grattage amène du soulagement et même une sorte d'extase voluptueuse, il en résulte souvent des habitudes de masturbation auxquelles certaines femmes obéissent, même après la disparition de la maladie. A l'examen des parties affectées, quelquefois on ne trouve aucune altération appréciable ; chez certaines femmes on constate de la rougeur, une véritable éruption érythémateuse s'étendant à la vulve et aux parties environnantes ; chez d'autres, on rencontre quelques excoriations superficielles qui semblent appartenir à l'eczéma. Ce prurit vulvaire existant en dehors des éruptions dartreuses, des maladies vénériennes ou des écoulements vaginaux, se rencontre principalement chez les femmes à l'époque de la ménopause ; il est quelquefois sous la dépendance de l'hystérie ; mais on doit savoir qu'il est très souvent lié au diabète et il faut établir comme une règle absolue de

diagnostic la nécessité de rechercher la présence du sucre dans l'urine de toutes les femmes qui présentent ce symptôme, en dehors d'une affection cutanée eczémateuse ou vénérienne.

Le *diagnostic* de l'hyperesthésie générale ou locale se pose par exclusion : l'intensité du prurit, la possibilité de produire en grattant la peau des raies rouges persistantes pendant plusieurs minutes, surtout l'absence de toute éruption caractérisent suffisamment cette maladie pour qu'on puisse la reconnaître facilement. On pourrait surtout la confondre avec l'urticaire, mais les saillies cutanées, le gonflement œdémateux qui existe quelquefois, les alternatives d'apparition et de disparition de l'éruption distinguent suffisamment l'affection ortiée.

Pronostic. — L'hyperesthésie cutanée générale ou locale est souvent rebelle ; elle se prolonge ordinairement pendant un temps assez long ; chez les vieillards âgés ou affaiblis, cette maladie offre souvent une résistance très grande aux moyens de traitement et peut amener à la longue du dépérissement ; c'est ordinairement une maladie pénible et qui peut même devenir grave.

Traitement. — La médication qui convient à l'hyperesthésie cutanée est à peu près la même que celle que j'ai déjà indiquée à propos du prurigo de nature nerveuse (voy. p. 314) ; je ne dois pas entrer ici dans des détails déjà indiqués, je dirai seulement que l'excitation nerveuse de la peau est surtout calmée par les préparations de bromure ou de chloral administrées à l'intérieur ; la valériane, l'aconit, l'opium réussissent rarement ; chez les goutteux, les alcalins et principalement le bicarbonate de soude sont principalement indiqués ; dans le prurit vulvaire lié au diabète, le régime antidiabétique fait cesser rapidement les démangeaisons. Quant aux moyens locaux, je répéterai que les bains sont ordinairement plus nuisibles qu'utiles, tout en faisant une exception pour les

bains de sublimé qui réussissent quelquefois; on doit compter surtout sur les lotions avec l'alcool camphré étendu d'eau, sur l'eau phagédénique étendue de beaucoup d'eau, sur la pommade au chloroforme, sur la pommade à l'oxyde de zinc, sur le lait d'amande additionné d'une faible proportion de sublimé, sur les applications de poudre d'amidon mélangée avec du camphre ou avec de l'oxyde de zinc ou même avec l'acide salicylique. Dans quelques cas de prurit scrotal et anal Vidal a employé avec succès les scarifications linéaires. En même temps on ne devra pas négliger de chercher à modifier l'état général, souvent altéré primitivement, en employant une médication tonique et en apportant une grande attention aux règles de l'hygiène; en changeant la nourriture, quelquefois en employant la diète lactée, en faisant abandonner le séjour de la ville pour la campagne, en prescrivant les eaux minérales de Ragatz, de Néris, de Bagnères-de-Bigorre, de Saint-Sauveur, de Schlangenbad surtout, on parvient quelquefois à faire disparaître des prurits, manifestement survenus sous l'influence d'une modification morbide du système nerveux.

c. Urticaire.

L'*urticaire*, appelée aussi *fièvre ortiée*, *porcelaine*, *cnidosis*, est une maladie de la peau, caractérisée par des élevures rouges ou blanches, semblables à des piqûres d'orties, accompagnées d'un prurit très prononcé avec sensation de chaleur et de cuisson, et ayant pour propriété spéciale de paraître et de disparaître successivement, à des intervalles souvent rapprochés.

L'urticaire a été connue très anciennement: les Arabes l'appelaient *essera*, elle a été décrite par Sydenham sous le nom de fièvre érysipélateuse et par Sauvage comme une variété de scarlatine qu'il appela scarlatine ortiée

(*scarlatina urticata*) ; Vogel, au contraire, la distingua du purpura, de l'érysipèle et de la scarlatine et la décrivit sous le nom de fièvre urticaire. Willan, l'admettant comme un genre particulier dans la classe des exanthèmes, en donna une définition très nette et en admit six variétés : 1° l'*urticaria febrilis;* 2° l'*U. evanida;* 3° l'*U. perstans;* 4° l'*U. conferta;* 5° l'*U. subcutanea;* 6° l'*U. tuberosa*. Alibert a décrit l'urticaire sous le nom grec de *cnidosis*, l'a placé dans son groupe des dermatoses eczémateuses et n'en a admis que deux espèces, le cnidosis aigu et le cnidosis chronique. Dans ces derniers temps, sous l'influence de Bazin, on a cherché à rattacher l'urticaire à certaines maladies générales et particulièrement au rhumatisme, ce qui n'est vrai que pour certains cas; plus récemment elle a été étudiée sous le rapport de l'anatomie pathologique ; mais malgré ces travaux il reste encore bien des points obscurs relativement à son mode de production et à sa nature.

Anatomie pathologique. — L'élevure de l'urticaire doit être considérée comme un œdème de la peau. Vidal a très bien indiqué qu'on trouvait, au-dessous d'un épiderme normal, les vaisseaux sanguins superficiels et profonds du derme dilatés et engorgés, et qu'autour de ces vaisseaux il existait de la sérosité et une quantité assez considérable de leucocytes. En s'appuyant sur ces altérations, pour expliquer les saillies cutanées, on a pensé que sous l'influence d'une modification subite de l'innervation, les vaisseaux sanguins étaient frappés d'atonie, qu'il survenait à travers leurs parois une diapédèse, c'est-à-dire une transsudation des éléments sanguins; que la sérosité et les leucocytes formaient l'œdème, que les globules sanguins s'échappaient même quelquefois et allaient former les taches ecchymotiques qu'on rencontre dans certains cas, autour de quelques plaques d'urticaire, et que cet exsudat, comprimant les vais-

seaux les plus voisins, pouvait interrompre la circulation dans quelques points; de là un œdème blanc, anémique au centre et un œdème rouge et congestif à la périphérie. C'est à cette même compression s'exerçant sur les extrémités des nerfs et sur les papilles qu'on peut attribuer le prurit si violent de l'urticaire. On réussit du reste à produire artificiellement ces lésions cutanées en injectant quelques gouttes d'eau dans l'épaisseur de la peau; on voit alors survenir un œdème artificiel semblable aux plaques d'urticaire et souvent aussi de la démangeaison. C'est même là un accident qui peut arriver fortuitement, à la suite de quelques injections d'une solution aqueuse, pénétrant dans l'épaisseur de la peau, au lieu d'être sous-cutanée.

Description. — Les élevures qui caractérisent l'urticulaire sont loin de présenter le même aspect : tantôt en effet ce sont des saillies du volume d'une lentille, siégeant dans une région ou disséminées sur divers points de la surface cutanée; tantôt ce sont des plaques plus ou moins étendues, arrondies, mais plus souvent irrégulières, en forme de dessins géographiques; ces plaques sont quelquefois éloignées les unes des autres, mais elles peuvent être très rapprochées, se confondre même et constituer la variété décrite par Willan sous le nom d'*urticaria conferta ;* plus rarement, l'éruption apparaît sous la forme d'une ligne saillante, en forme de coup de fouet (*urticaria gyrata*); j'ajoute que cette saillie linéaire est souvent le résultat du grattage ou de la pression d'un pli de vêtement. La coloration de ces saillies est tantôt rouge, tantôt d'un blanc mat; mais le plus souvent la partie médiane de la papule ou de la plaque est blanche et les contours sont roses ou rouges; j'ai donné, à propos de l'anatomie pathologique, l'explication de ces nuances différentes de coloration, la partie centrale étant anémiée et les alentours étant au contraire congestionnés.

Dans une variété qu'on appelle urticaire tubéreuse, la saillie peut être bien plus considérable et acquérir en peu d'instants le volume d'une noisette ou même d'une noix; le tissu cellulaire sous-cutané participe alors sau gonflement de la peau; cette variété se présente particulièrement au visage, aux lèvres, aux poignets, plus rarement au tronc et aux membres inférieurs. Quelquefois même il existe une tuméfaction œdémateuse qui laisse l'empreinte du doigt par la pression, et qui occupe une certaine étendue; cette variété, que j'appelle *urticaire œdémateuse*, est observée surtout dans les régions où la peau est doublée d'un tissu cellulaire lâche, c'est-à-dire à la face et principalement aux paupières, aux mamelles chez les femmes, aux parties génitales chez les hommes; dans cette forme, la peau est souvent pâle et le gonflement ressemble à celui qui est produit par un œdème ordinaire; quelquefois cependant on voit sur la partie gonflée quelques élevures de véritable urticaire, ou du moins il y en a eu momentanément au début de la tuméfaction.

Avec ces caractères objectifs de l'urticaire, il existe toujours un phénomène subjectif très pénible; c'est une démangeaison vive, accompagnée d'un sentiment de chaleur et de cuisson, qui force les malades à se gratter; quelquefois il existe également des douleurs plus profondes, des élancements. Le prurit se développe ordinairement en même temps que l'éruption, dans certains cas il la précède et les plaques saillantes n'apparaissent qu'après le grattage. C'est d'ailleurs un phénomène ordinaire dans l'urticaire que celui de l'apparition de taches ou de raies d'abord blanches puis rouges, et souvent blanches au milieu et rouges sur leurs bords, qui se manifestent sous l'influence d'une pression ou d'une rayure telle que celle qui résulte du passage sur la peau de l'ongle du doigt ou d'un instruments un peu pointu, tel qu'un crayon.

Mais un caractère bien spécial et qui appartient en propre à l'urticaire, c'est l'apparition brusque, la mobilité, la disparition et la réapparition de l'éruption. C'est ainsi qu'au milieu de la santé ou après quelques phénomènes légers prodromiques, de mal de tête, d'embarras gastrique ou de malaise général, l'urticaire apparaît rapidement et s'étend immédiatement à une ou à plusieurs régions, quelquefois à toute la surface cutanée; ces plaques changent de place et disparaissent après quelques minutes, quelques heures ou quelques jours, chaque plaque ne se prolongeant pas longtemps au même endroit.

L'urticaire affecte indifféremment toutes les régions du corps; quelquefois elle est bornée à une partie limitée, plus souvent elle est étendue et elle peut atteindre soit simultanément, soit successivement les divers points de la surface cutanée. Aux endroits où la peau adhère fortement au tissu sous-cutané, à la paume des mains et à la plante des pieds, l'urticaire ne se manifeste pas par des élevures, mais seulement par un sentiment de chaleur et de prurit souvent très pénible.

L'éruption ne se borne pas toujours à la peau, elle peut envahir quelques organes internes, particulièrement les lèvres, la muqueuse buccale, la langue, le pharynx qui sont affectés de gonflement et de chaleur. En même temps qu'apparaît l'urticaire, on a observé aussi quelquefois une toux quinteuse et une oppression simulant de véritables accès d'asthme ou même d'angine de poitrine; ces phénomènes semblent bien être le résultat d'une congestion spéciale de la muqueuse trachéale et bronchique analogue à l'éruption cutanée, et on peut adopter cette opinion avec d'autant plus de raison que ces symptômes sont, comme ceux de l'urticaire, momentanés et récidivants.

Dans l'urticaire, l'éruption et la démangeaison peuvent

constituer toute la maladie, et la santé générale est conservée ; mais souvent aussi il y a un sentiment général de malaise, il peut y avoir de la fièvre caractérisée par une certaine fréquence du pouls et par une élévation peu considérable de la température. Plus fréquemment encore l'urticaire se rencontre avec des troubles digestifs, soit sous la forme d'une indigestion ou d'un embarras gastrique, soit sous la forme d'une des variétés de la dyspepsie ou même avec quelques symptômes d'une affection du foie ; cette association de l'urticaire avec une altération des fonctions digestives est tellement habituelle, qu'on doit toujours la soupçonner et en rechercher l'existence. Il n'est pas très rare non plus de voir des douleurs rhumatismales articulaires ou musculaires coïncider ou alterner avec des éruptions d'urticaire.

Marche et terminaisons. — L'urticaire débute ordinairement d'une manière brusque ; le plus souvent sans avertissement préalable, quelquefois après les quelques symptômes prodromiques que j'ai signalés, les plaques d'urticaire apparaissent, soit dans une région limitée pour s'étendre le plus souvent ailleurs, soit simultanément sur toute la surface cutanée. Chaque élevure, chaque plaque ne dure pas longtemps ; au bout de quelques minutes, d'une heure ou de deux, elle s'efface ; mais, à mesure qu'une de ces plaques disparaît, une autre se montre à côté ou plus loin, et, si l'éruption est éphémère, la maladie peut se continuer par l'apparition et la disparition successives de l'élément éruptif. Cette maladie toutefois est souvent aiguë et ne se prolonge pas au delà de deux ou de trois jours, d'une semaine ou de deux semaines au plus. Dans certains cas cependant la maladie persiste et prend une marche chronique (*U. evanida* de Willan) ; l'éruption alors n'est pas permanente, mais elle reparaît par moments, quelquefois tous les jours et même plusieurs fois par jour, quelquefois moins souvent, tous les

deux ou trois jours, tous les huit ou dix jours et le plus souvent d'une manière irrégulière. Cette urticaire chronique peut se prolonger pendant de longues années, deux ans, cinq ans, dix ans et plus. Elle est alors presque toujours liée à un état morbide du tube digestif. Chez certains malades, que l'affection ait une marche aiguë ou chronique, l'urticaire est intermittente; elle paraît et disparaît d'une manière périodique, comme une fièvre paludéenne. En général, dans ces cas d'accès, l'éruption et le prurit ont lieu le soir, lorsque les malades se déshabillent pour se mettre au lit; l'accès dure depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. Dans l'urticaire chronique, l'éruption reparaît souvent sous l'influence de certaines causes, lesquelles sont particulièrement l'application de l'eau froide ou chaude et surtout froide sur le corps, le séjour dans un endroit chaud, une émotion, un repas un peu copieux, une digestion difficile, l'ingestion de certains aliments stimulants.

Une fois disparues, les plaques d'urticaire ne laissent aucune trace, il n'y a aucune desquamation à l'endroit où elles ont existé; quelquefois cependant il persiste pendant quelques heures un léger gonflement œdémateux. Dans quelques cas d'éruption intense, lorsque les élevures ont été considérables, la congestion sanguine peut aller jusqu'à l'hémorrhagie et autour de la saillie urticante ou à sa place on voit une tache ecchymotique de purpura.

Cette forme hémorrhagique, que Bazin a voulu rattacher au rhumatisme, se rencontre non seulement en cas d'éruption intense, mais plus souvent peut-être lorsque l'urticaire se développe chez des individus faibles et cachectiques; l'altération du sang explique sa sortie facile des vaisseaux. Le prurit de l'urticaire est tel qu'il est difficile d'y résister sans se gratter et de ce grattage résultent quelquefois des papules et des excoriations noirâtres

de prurigo qui viennent compliquer l'éruption ortiée et qui persistent après sa disparition.

Après un temps plus ou moins long, l'urticaire se termine ordinairement par la guérison. Dans quelques cas rares on l'a vue disparaître au moment de l'apparition d'une autre maladie. Dans l'urticaire chronique, l'éruption et le prurit peuvent cesser pendant le cours d'une affection intercurrente et reparaître après sa guérison. A moins de complications viscérales, à moins d'éruption interne affectant les bronches et pouvant amener la suffocation, jamais l'urticaire ne se termine d'une manière funeste. Les récidives sont assez communes.

Variétés. — L'urticaire se manifeste toujours avec les phénomènes d'éruption et de prurit que je viens de décrire ; mais, par la forme de l'éruption, par les phénomènes concomitants, par la marche de la maladie, par sa cause, on doit distinguer plusieurs variétés importantes ; je signalerai particulièrement, l'urticaire *ab ingestis*, l'urticaire fébrile, l'urticaire chronique, l'urticaire commune, l'urticaire tubéreuse, l'urticaire œdémateuse, l'urticaire rhumatismale.

La variété la plus simple (*urticaria ab ingestis*) est celle qui se développe promptement après l'ingestion dans l'estomac d'un aliment ou d'un médicament : la surface cutanée se couvre immédiatement d'ampoules accompagnées d'un prurit intense et d'un sentiment de chaleur insupportable ; les plaques paraissent et disparaissent en changeant de place ; il existe en même temps une pesanteur épigastrique, souvent des nausées et même des vomissements, un peu de céphalalgie, de l'agitation ; et le calme survient au bout d'un temps assez court, variant depuis une demi-heure jusqu'à cinq ou six heures. Quelquefois l'éruption reparaît, en s'affaiblissant, pendant deux ou trois jours.

L'*urticaire fébrile* (*U. febrilis*) n'est que l'exagération

de la forme précédente : soit après l'ingestion de quelque substance alimentaire ou médicamenteuse, soit sans cause connue, le corps se couvre de plaques d'urticaire, avec le prurit ordinaire ; le malade se plaint de céphalalgie, d'inappétence, de lassitude générale, il a de la fièvre, le pouls étant aux environs de 100 pulsations et la température s'élevant entre 38 et 39 degrés. La maladie se prolonge ainsi pendant deux ou trois jours, cinq ou six jours au plus, avec des poussées successives, variant d'intensité, et tout se termine par la guérison ; c'est une véritable fièvre éruptive.

A l'encontre de ces cas rapides ou d'autres dans lesquels la maladie ne dure que quelques semaines, il existe souvent une urticaire chronique que j'ai déjà indiquée à propos de la marche de la maladie, c'est l'*urticaria evanida* de Willan. Sous forme de poussées éruptives apparaissant à intervalles variés, la maladie se prolonge indéfiniment et constitue un véritable supplice pour les personnes qui en sont atteintes. La maladie se borne quelquefois à l'affection cutanée sans troubler la santé générale. Mais chez d'autres malades, l'éruption apparaissant le soir et continuant la nuit, le prurit et la chaleur de la peau produisent une telle agitation, que le sommeil est impossible et que l'insomnie prolongée finit par amener une fatigue générale et un alanguissement de toutes les fonctions.

Relativement au caractère de l'éruption, on doit admettre comme variétés : 1° l'urticaire commune, dans laquelle les élevures et les plaques ressemblent à celles qui sont produites par le contact des orties ; 2° l'urticaire tubéreuse, remarquable par la saillie des plaques, dont le volume égale celui d'une noisette ou même d'une noix ; et 3° l'urticaire œdémateuse, caractérisée par un gonflement œdémateux occupant un espace assez étendu sur lequel se voient parfois quelques élevures ordinaires,

et qui diffère du véritable œdème par l'apparition subite et la disparition prompte du gonflement. Cette variété se rencontre surtout à la face.

Enfin je signalerai sous le nom d'*urticaire rhumatismale* l'urticaire qui survient chez les individus habituellement rhumatisants ou chez les goutteux, soit qu'elle se développe en même temps qu'un accès de rhumatisme ou de goutte, soit qu'elle alterne avec des douleurs et qu'elle semble les remplacer. Dans cette variété l'éruption ne présente rien de particulier dans sa forme, si ce n'est qu'on voit souvent des taches de purpura persister après la disparition des plaques.

Le *diagnostic* de l'urticaire est habituellement facile; la saillie de l'éruption, la couleur blanche et rouge des plaques, le prurit intense qui les accompagne et surtout la mobilité, l'apparition et la disparition successives des élevures constituent des caractères tellement distincts qu'il est difficile de ne pas reconnaître cette maladie et de ne pas la distinguer des autres éruptions exanthématiques, moins saillantes, moins prurigineuses et surtout persistantes aux mêmes endroits, au moins pendant quelques jours.

Pronostic. — L'urticaire n'est jamais une maladie grave, en ce sens qu'elle ne compromet pas l'existence, mais, lorsqu'elle présente la marche chronique, elle constitue une affection pénible par l'intensité des démangeaisons et par la résistance qu'elle oppose aux divers moyens de traitement.

Étiologie. — L'urticaire atteint à peu près indifféremment tous les âges et les deux sexes; toutefois, sans qu'on sache pourquoi, certaines personnes sont sujettes aux éruptions ortiées, soit à la suite du moindre contact irritant, soit à la suite de l'ingestion dans l'estomac de certains aliments ou de certains médicaments.

Les causes qui peuvent produire l'urticaire sont nom-

breuses et variées. Je signalerai d'abord le contact de certains irritants externes, tels que l'ortie (*urtica urens*), les méduses de mer, certaines chenilles, les morsures de puces, de punaises, de moustiques ; dans ces circonstances, les élevures, au lieu d'être généralisées et mobiles d'une région à une autre, sont le plus souvent localisées aux endroits touchés ou piqués et elles sont peu durables.

Mais l'urticaire généralisée est surtout déterminée par l'ingestion de certains aliments et principalement par les moules et les autres coquillages, par le poisson un peu avancé, par la charcuterie, par les choux et la choucroute, par les champignons, les truffes, par certains fromages, par les glaces, par le melon, les framboises et particulièrement par les fraises ; certaines personnes sont tellement impressionnables à l'action de ce dernier fruit, qu'elles ne peuvent manger une fraise sans être atteintes immédiatement d'une urticaire précédée ou accompagnée d'un sentiment d'angoisse syncopale ou de vomissements ; chez d'autres, le même phénomène peut se produire à l'occasion de toute autre substance, et cette aptitude spéciale se révèle chaque fois dans les mêmes circonstances, sans qu'il existe d'ailleurs aucune répugnance pour l'aliment nuisible. Ce que je viens de dire des aliments peut s'appliquer à certaines boissons et particulièrement au vin blanc, à l'ean de Seltz artificielle, à certains médicaments parmi lesquels je citerai principalement le copahu, le cubèbe, la térébenthine, le chloral, l'iodure de potassium, les bromures, l'acide salicylique et les salicylates, la valériane. J'ajoute que les aliments ordinairement digérés et les plus simples peuvent quelquefois, par le fait d'une mauvaise disposition gastrique, tout accidentelle, déterminer une indigestion, accompagnée d'urticaire. Ces causes donnent lieu à la variété d'urticaire dite *ab ingestis*.

Les émotions vives de joie, de frayeur, de chagrin,

peuvent également provoquer l'apparition de l'urticaire, et cela surtout chez les personnes qui sont habituées à cette éruption ; sous ce rapport, je dois citer l'exemple d'un étudiant sujet à l'urticaire et qui, assistant à une de mes leçons sur cette maladie, se sentit instantanément atteint d'éruption et de démangeaison en m'entendant faire la description des symptômes de l'urticaire. Mais, le plus souvent, la cause de l'éruption ortiée, surtout lorsqu'elle est chronique, se trouve dans un état morbide antérieur et la maladie de la peau n'est alors que symptomatique. Parmi ces affections, on doit placer en première ligne la dyspepsie gastro-intestinale, puis la goutte, le rhumatisme, certaines maladies du foie et particulièrement la lithiase biliaire, l'hystérie, une impressionnabilité nerveuse habituelle. On a vu également l'urticaire se développer sous l'influence des vers intestinaux, et on a signalé dans ces derniers temps l'éruption ortiée comme un des signes de la rupture d'un kyste hydatique dans une cavité séreuse ; je dois rappeler ici que c'est par l'apparition inattendue d'une urticaire que Féréol a diagnostiqué l'ouverture dans le péritoine d'un kyste hydatique du foie. On a dit aussi que l'urticaire se rencontrait dans l'albuminurie ; sans nier le fait, je crois qu'il est rare ; il existe en effet quelquefois des démangeaisons dans les néphrites albumineuses, mais le prurit est ordinairement exempt d'éruption ortiée et il s'agit alors d'une simple hyperesthésie cutanée.

Dans l'urticaire chronique, caractérisée par des poussées éruptives ayant lieu à des intervalles variés, l'apparition des plaques est souvent déterminée par une des causes que je viens d'indiquer, par l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson, par une digestion pénible, par une émotion quelconque, par l'impression du froid ou de la chaleur, j'ai été consulté souvent par des femmes du monde obligées de se décolleter et qui ne pouvaient pas

rester dans un salon chaud sans avoir la poitrine et le dos couverts de plaques d'urticaire.

Traitement. — Les conditions étiologiques que je viens d'énumérer sont indispensables à connaître pour l'indication des moyens de traitement à employer contre l'urticaire : s'agit-il d'une éruption survenue à la suite d'une mauvaise digestion, de l'ingestion d'un aliment quelconque ou d'un médicament susceptibles de produire l'urticaire, il faut provoquer le vomissement, s'il n'a pas eu lieu spontanément, au moyen de boissons chaudes et stimulantes, telles que le thé, le tilleul, les infusions de menthe, ou même par un vomitif. S'il existe en même temps que l'éruption des symptômes d'embarras gastrique et si l'urticaire se prolonge, la médication évacuante est également indiquée, et l'on peut employer alors avec avantage un vomitif, un ou plusieurs purgatifs, une boisson rafraîchissante, telle que l'orangeade, l'eau d'orge miellée ou même une limonade légère. Plus tard, il faut s'abstenir des acides et avoir recours au contraire aux alcalins sous forme de bicarbonate de soude, d'eau de chaux, de magnésie, de sous-nitrate de bismuth et d'eaux minérales à base de carbonate de soude ou de chaux.

Dans la forme intermittente de l'urticaire, il faut employer le sulfate de quinine et même l'arsenic ; on a quelquefois réussi à amener ainsi la guérison, surtout lorsqu'il s'agit d'individus ayant été soumis à une intoxication paludéenne antérieure, et lorsque la maladie est ancienne ; mais il ne faut pas trop compter sur la quinine, qui a une action bien moins puissante que dans d'autres affections intermittantes.

C'est surtout dans l'urticaire chronique que le traitement est difficile et qu'il faut le diriger en tâchant de s'adresser à l'état morbide qui paraît produire l'éruption; à propos de l'étiologie, j'ai déjà dit que l'urticaire était souvent sous la dépendance d'une dyspepsie gastro-

intestinale ; c'est en s'adressant à cette dernière affection et en cherchant à la modifier à l'aide des alcalins seuls ou associés aux préparations arsenicales, à l'aide des amers et d'une diététique convenable qu'on pourra arriver à faire disparaître l'urticaire et à prévenir les récidives.

Dans la variété désignée sous le nom d'*urticaria evanida* l'arséniate de soude à la dose d'un centigramme par jour en solution, et mieux la solution de Fowler à la dose de six à douze ou quinze gouttes par jour forment la base de la meilleure médication. Les alcalins unis aux soins hygiéniques sont mieux indiqués dans l'urticaire des goutteux. Enfin, lorsque l'éruption ortiée ne paraît être qu'un des symptômes de l'hystérie ou d'une névropathie bien caractérisée, il faudra avoir recours aux antispasmodiques, à la valériane, au bromure de potassium, au chloral, en administrant simultanément une préparation arsenicale. Dans quelques cas d'urticaire rebelle, j'ai obtenu quelquefois de l'amélioration par l'administration de l'ammoniaque liquide, à la dose de douze à quinze gouttes dans un peu d'eau, renouvelée, trois ou quatre fois par jour ; à l'aide de ce moyen, on peut aussi espérer voir diminuer la durée et l'intensité de certaines poussées violentes d'urticaire.

Dans le traitement de l'urticaire, la médication interne est plus efficace que les moyens locaux ; cependant on réussira quelquefois à modérer le prurit et à favoriser la disparition des plaques ortiées en saupoudrant les régions malades avec de la poudre d'amidon ou même avec de la farine de froment, employées seules, ou associées avec un dixième d'oxyde de zinc ; comme topique pulvérulent, je me suis servi souvent avec avantage d'un mélange au cinquième de poudre d'amidon et d'acide salicylique. Dans le même but on a conseillé aussi des lotions avec l'eau chaude seule ou associée avec un dixième environ

d'alcool ou mieux d'alcool camphré ou de chloroforme ; on a vanté aussi une solution d'acide phénique au centième ou au cinquantième, ou bien encore un mélange de lait d'amandes et de sublimé au millième ou au cinq-centième.

Les bains sont contre-indiqués dans l'urticaire, je les ai vus presque constamment faire apparaître l'éruption ou en accroître l'intensité, et habituellement pendant le bain ou immédiatement après l'avoir pris, les malades ressentent une augmentation dans les démangeaisons. Je dirai la même chose des lotions et surtout des lotions froides ; il ne faut donc permettre que les lotions de propreté indispensables, à l'aide d'eau chaude ou tiède. Les bains froids et les divers moyens hydrothérapiques sont également nuisibles ; ce n'est que dans quelques cas rares d'urticaire liée à l'hystérie qu'on pourra essayer de l'hydrothérapie et particulièrement des douches tièdes ou écossaises.

Dans toutes les variétés d'urticaire, on doit apporter un soin tout particulier à l'alimentation et proscrire tous les aliments susceptibles de produire une éruption ortiée ; seront donc défendus le porc, et particulièrement la charcuterie, les poissons, les coquillages, le gibier, les salaisons, les choux, les asperges, les fraises, les noix, les champignons, les truffes, le vin pur, le café, les liqueurs alcooliques, le punch, quelquefois même le thé, les boissons gazeuses artificielles ; on devra même recommander aux malades de manger peu et de ne pas charger leur estomac ; on a vu quelquefois un repas composé de mets choisis et sains, mais un peu trop copieux, amener chez les personnes qui y sont disposées, une apparition d'urticaire. J'ajoute que l'ingestion de certains aliments réputés sains peut, chez quelques individus, devenir une cause d'urticaire ; j'ai vu deux ou trois fois les œufs, par exemple, produire cet effet. Il est évident que dans ces

circonstances on doit engager les malades à s'abstenir de ces aliments nuisibles pour eux.

Les personnes atteintes d'urticaire peuvent ordinairement s'exposer à l'air extérieur et vaquer à leurs affaires ; le séjour à la chambre n'est obligatoire que dans le cas d'urticaire aiguë fébrile. Cependant on voit quelquefois les éruptions d'urticaire se manifester ou augmenter d'intensité, soit par l'effet de l'air froid extérieur, soit surtout par le séjour dans des endroits trop chauds et où il se trouve beaucoup de monde comme dans les salons, dans les églises, dans les salles de spectacle ou de concert. Il faudra donc conseiller aux malades de se garantir du froid et du vent et de ne pas s'exposer à la chaleur des réunions nombreuses.

Enfin dans les urticaires rebelles on a conseillé aux malades d'aller demander leur guérison aux eaux minérales : celles qui réussissent le mieux sont les eaux alcalines prises seulement en boissons et principalement celles de Vichy, de Royat, de Vittel, de Vals, de Marienbad, de Kissingen, de Carlsbad ; les eaux de Vichy, de Kissingen, de Carlsbad conviennent particulièrement aux goutteux atteints d'urticaire. Chez quelques individus nerveux, j'ai vu quelquefois les bains de Plombières et surtout ceux de Schlangenbad produire de bons résultats.

Nature. — Après avoir fait l'histoire descriptive de l'urticaire, je dois dire un mot de sa nature, c'est-à-dire de la place qu'on doit donner à cette maladie dans le cadre nosologique. Sans entrer ici dans la discussion des opinions des auteurs qui se sont placés à des points de vue différents et qui par conséquent devaient arriver à des conclusions opposées, je dirai seulement que l'urticaire me paraît devoir être rapprochée des maladies du système nerveux et particulièrement des névroses ; les apparitions et les disparitions brusques et successives

de cette éruption, l'influence incontestable des émotions morales, démontrent l'intervention du système nerveux; et l'anatomie pathologique, en nous montrant que la plaque d'urticaire est constituée par un œdème de la peau, nous indique en même temps que cette anémie centrale et cette congestion de la circonférence ne peuvent s'expliquer que par l'action momentanée des nerfs vaso-moteurs, lequel œdème n'est évidemment que consécutif à l'affection primordiale du système nerveux.

NEUVIÈME CLASSE

ÉRUPTIONS FÉBRILES

Dans ce chapitre, je place les éruptions cutanées qui se développent sous la dépendance d'un état morbide général fébrile et qui n'en sont que l'expression apparente. Le type de ces affections se trouve dans les maladies qu'on appele les fièvres éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine; mais à côté de ces fièvres, dont la nature est reconnue par tout le monde, il existe d'autres maladies qui nous paraissent de la même espèce, quoique d'une manière moins évidente, et dans lesquelles l'éruption semble à tort jouer le rôle principal; tels sont l'érysipèle, les érythèmes généralisés. En troisième ligne enfin, on trouve encore d'autres éruptions qui sont complètement subordonnées à l'état fébrile et qui en sont la conséquence. Je ferai donc figurer dans ce chapitre: 1° les fièvres éruptives vraies, la variole, la rougeole, la scarlatine, la roséole fébrile; 2° les éruptions infectieuses que je considère encore comme des fièvres éruptives, l'érysipèle, les érythèmes généralisés, la suette miliaire, la fièvre miliaire; 3° les

éruptions qui sont sous la dépendance de la fièvre, les taches lenticulaires rosées, l'éruption du typhus, l'herpès fébrile.

Dans un traité spécial de dermatologie, je ne crois pas devoir faire l'histoire de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de l'érysipèle et de la suette, dont la description se trouve dans tous les traités de pathologie ordinaire ; je me contenterai de décrire ici la roséole, les érythèmes généralisés, la miliaire, les taches lenticuculaires rosées, l'éruption typhique et l'herpès fébrile.

a. Roséole.

Définition ; historique. — La roséole est une maladie caractérisée par de petites taches cutanées, de couleur rose, peu ou point saillantes et non prurigineuses. C'est une affection qui a été mal délimitée ; une confusion regrettable a existé et existe encore, en effet, entre elle et l'érythème et même quelques autres éruptions ; c'est ainsi que Willan et Bateman ont admis sept espèces de roséoles : 1° la *R. æstiva*, 2° la *R. automnalis*, 3° la *R. annulaire*, 4° la *R. infantile*, 5° la *R. variolosa*, 6° la *R. vaccina*, 7° la *R. miliaris*. De ces espèces de roséole, il n'y a que la roséole infantile qui soit véritablement légitime, l'*æstiva* est une éruption sudorale, l'*automnalis* est un érythème papuleux, l'annulaire se confond avec l'érythème marginé et avec le pytyriasis circiné, l'espèce *variolosa* est le *rash* qui précède la variole, la *vaccina* est une variété des érythèmes qui surviennent quelquefois après la vaccine et la roséole miliaire n'est autre que la fièvre miliaire. La plupart des auteurs ont également mal compris la roséole, sauf cependant Alibert, qui l'a placée dans sa classe des dermatoses exanthématiques, à côté de la rougeole et de la scarlatine, et qui n'en a admis que deux espèces, la ro-

séole idiopathique, fièvre éruptive, et la roséole symptomatique survenant comme complication dans diverses affections. Mais je dois dire que Bazin a contribué pour beaucoup à continuer l'incertitude sur ce point de nosologie, en persistant à confondre la roséole avec l'érythème, et en donnant une définition trop large; pour lui, la roséole est un pseudo-exanthème, non *contagieux*, le plus ordinairement apyrétique, constitué par des taches rosées ou rouges, plus ou moins larges, non prurigineuses, disparaissant sous la pression du doigt, ne faisant aucune saillie dans le plus grand nombre des cas, et se terminant toujours par résolution avec ou sans desquamation de l'épiderme. Cette définition s'applique parfaitement à l'érythème; mais encore, lorsqu'il admet deux espèces de roséole, une de cause externe, une de cause interne, la première comprenant la roséole estivale et les roséoles pathogénétiques causées par le copahu, le cubèbe et les iodures, la seconde, de cause interne, composée des roséoles pseudo-exanthématiques essentielles, des roséoles herpétiques morbilleuse et scarlatiniforme, et de la roséole syphilitique, on voit qu'il continue à confondre, comme Willan, les éruptions véritablement roséoliques avec les éruptions sudorales et avec les érythèmes copahique, morbilleux et scarlatiniforme ; et je n'insiste pas ici sur ce fait que personne ne sait ce qu'on doit entendre par roséole herpétique.

Pour moi, je crois être dans le vrai en ne retenant, comme appartenant à la roséole, que la roséole fébrile, dite encore infantile, véritable fièvre éruptive, et la roséole syphilitique (1) ; je ne parlerai ici que de la pre-

(1) C'est parce que j'ai toujours ainsi compris la roséole que je n'en ai pas parlé spécialement dans mes cours et que j'ai mérité ce reproche, qui m'a été fait par Bazin, dans son volume des affections génériques de la peau, d'avoir passé sous silence la roséole ; dans mes cours de dermatologie, professés à l'hôpital Saint-Louis, je n'avais pas à m'occuper des fièvres éruptives appartenant à la clinique générale, et d'un autre côté je décrivais la roséole syphilitique à propos des syphilides.

mière, l'histoire de la seconde se trouvera dans le chapitre consacré à l'histoire des syphilides.

Description. — La roséole fébrile, appelée aussi infantile parce qu'elle affecte souvent les petits enfants, est quelquefois confondue avec la rougeole à laquelle elle ressemble beaucoup, relativement à l'apparence de l'éruption; je crois également qu'elle doit figurer parmi certains cas de cette affection hybride désignée par les Allemands sous le nom de *Rötheln* et qui ne paraît être qu'un genre bâtard, artificiel, admis trop légèrement, d'après l'observation de quelques exemples mal caractérisés de roséole, de rougeole et de scarlatine anormales. Comme toutes les autres fièvres éruptives, elle débute par un mouvement fébrile, peu prononcé, accompagné souvent de quelques troubles digestifs, langue blanche, anorexie, vomissements ou diarrhée, d'agitation et d'insomnie, bien rarement de convulsions, même chez les petits enfants; puis au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, on voit apparaître simultanément à la face, au tronc et aux membres une éruption de petites taches rosées, sans saillie apparente, non confluentes, disséminées de manière à laisser entre elles des espaces de peau saine et blanche. Ces taches ne sont accompagnées ordinairement d'aucune sensation de douleur ni de démangeaison. Quelques heures après l'apparition de l'éruption, la fièvre tombe et la maladie est uniquement constituée par les taches qui persistent deux ou trois jours, puis qui disparaissent sans laisser de trace ou en ne présentant une légère desquamation que d'une manière exceptionnelle.

La maladie se termine toujours d'une manière heureuse et la guérison survient promptement sans phénomènes particuliers. Si les auteurs ont parlé de roséoles se prolongeant pendant plusieurs semaines et présentant des recrudescences, ou d'autres accompagnées d'acci-

dents sérieux, il faut penser à des erreurs de diagnostic, ayant fait prendre des rougeoles, des urticaires ou des érythèmes pour des roséoles.

Le *diagnostic* de la roséole est en général facile ; cependant elle peut être confondue avec la rougeole ; les deux éruptions se ressemblent surtout dans les formes légères de rougeole et surtout lorsque cette maladie se manifeste chez des personnes qui en sont atteintes pour la seconde ou la troisième fois, forme dans laquelle manquent habituellement les phénomènes de catarrhe de la période d'invasion. On distinguera d'ailleurs la roséole de la rougeole en ce sens que dans la dernière de ces affections, il existe une période d'invasion de deux à quatre jours, caractérisée par de la fièvre, du l'armoiement, des éternuements, de l'écoulement nasal, de la toux rude et sèche; l'éruption plus rouge, un peu plus saillante, apparaît de haut en bas ; la fièvre est habituellement plus intense et plus durable, elle se prolonge ordinairement jusqu'au jour où disparaît l'éruption. L'existence des démangeaisons, la saillie des plaques, leur apparition et leur disparition successives feront reconnaître l'urticaire ; tandis que la largeur et la saillie des plaques éruptives, leur coloration plus foncée, leur localisation assez marquée dans certaines régions, distingueront les variétés d'érythème.

Le *pronostic* est toujours favorable, je n'ai pas besoin d'y insister ; la roséole ne pourrait être grave que chez de jeunes enfants déjà très débilités, et qui seraient hors d'état de résister à une atteinte morbide quelconque.

Étiologie. — La roséole affecte particulièrement les enfants et surtout les jeunes enfants ; mais elle ne leur est pas exclusive, comme semblerait le faire croire l'épithète d'*infantilis* qu'on a ajoutée à son nom j'ai vu des cas de roséole très légitimes sur des adultes, jeunes, il est vrai, mais ayant dépassé vingt ans. Quoi qu'on en

ait dit, les saisons ne paraissent avoir aucune influence. On a voulu nier la faculté contagieuse de cette maladie, je ne sais pas pourquoi, car on voit souvent la roséole atteindre successivement plusieurs personnes de la même famille, de la même maison, ou de la même société. On voit quelquefois la maladie régner d'une manière épidémique. Quant aux causes occasionnelles qu'on a invoquées, le travail de la dentition, la présence de vers intestinaux, l'influence des émotions morales, elles sont loin d'être démontrées. Il n'y a vraiment rien de positif en dehors de la contagion et de l'influence épidémique.

Traitement. — C'est à peine si la roséole nécessite un traitement en dehors des précautions hygiéniques indiquées dans tout état fébrile, c'est-à-dire le séjour à la chambre, l'abstinence d'aliments solides, l'administration de quelques boissons rafraîchissantes. Chez les enfants au sein, il suffit ordinairement de diminuer la quantité de lait prise chaque jour, en espaçant davantage les tetées ; si les symptômes d'embarras gastrique sont très prononcés, et surtout s'ils se prolongent après la disparition de l'éruption, il peut y avoir lieu à l'administration d'un purgatif. Dès que la maladie est terminée, le convalescent peut reprendre ses habitudes de nourriture et de sortie ; l'absence presque constante d'accidents consécutifs ne nécessite pas les précautions prises ordinairement à la suite de la rougeole et de la scarlatine.

b. Érythèmes généralisés.

En faisant l'histoire de l'érythème local, dans la classe des inflammations locales de la peau, j'ai déjà eu occasion de dire que les érythèmes généralisés devaient être distingués des érythèmes bornés à certaines régions ; je répéterai ici cette distinction importante, les maladies caractérisées par des éruptions érythémateuses dissémi-

nées devant être considérées comme de cause interne, comme de véritables fièvres éruptives et trouvant leur place nosologique naturelle à côté de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, et étant complètement analogues à l'érysipèle.

Cette nature des érythèmes a été diversement appréciée. Willan et son école ne s'en sont pas occupés ; Hébra lui-même s'est appliqué surtout à décrire les diverses formes de l'érythème qu'il a appelé polymorphe et à les rattacher à un genre nosologique commun ; il n'a pas parlé de leur nature ; cependant dans sa classification, il les place à côté des fièvres éruptives, parmi les dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses (1), donnant aux fièvres éruptives l'étiquette de dermatoses exsudatives aiguës contagieuses. Bazin, s'appuyant sur les douleurs articulaires et musculaires qui se présentent fréquemment dans le cours des érythèmes généralisés, et particulièrement à l'occasion des érythèmes polymorphes et noueux, a considéré ces maladies comme étant de nature rhumatismale et en fait des dépendances de l'*arthritis ;* mais ces douleurs sont loin d'être constantes, ces éruptions se manifestent quelquefois chez des individus qui n'ont jamais eu d'affections véritablement rhumatismales et qui n'en auront jamais plus tard ; d'ailleurs ces douleurs dites rhumatismales sont si communes, qu'on ne peut rien conclure de leur présence ; je ne crois donc pas à l'influence rhumatismale, à l'existence de l'*arthritis* pour expliquer le développement des érythèmes. Un médecin allemand, Lewin (*Charite Annalen*, 1878), a voulu rapporter la production des érythèmes à une altération des nerfs vaso-moteurs, et Lallier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, s'est rapproché de cette opinion en attribuant les mêmes affections à une dilatation des vais-

(1) *Traité des maladies de la peau*, trad. par Doyon, t. I, p. 281.

seaux cutanés, dilatation consécutive à une altération du système nerveux ; je ne suis pas éloigné d'admettre qu'il existe, en effet, dans quelques cas graves, une altération du système nerveux ; je citerai tout à l'heure une observation dans laquelle cette altération était bien évidente, mais je crois la lésion nerveuse plutôt consécutive que primitive. Enfin, un des premiers, j'ai cherché à rattacher les érythèmes généralisés aux fièvres éruptives, et j'en ai fait des maladies générales dans lesquelles l'éruption n'est que l'expression apparente de la maladie ; dans ces dernières années, cette opinion a été développée par Besnier dans ses cours cliniques et exposée par deux de ses élèves dans leurs dissertations inaugurales (Molènes-Mahon, *De l'érythème polymorphe*, Paris, 1883 ; Marquet, *De l'érythème infectieux*, Paris, 1885). Pour le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, l'érythème polymorphe, ainsi que les autres érythèmes généralisés, est une maladie infectieuse, et, pour prouver l'existence de cette affection générale, il invoque non seulement la fièvre, mais les douleurs rhumatoïdes et nerveuses, et, dans certains cas, les accidents graves, broncho-pneumonie, albuminurie, etc., qui surviennent dans la forme maligne, et qui attestent l'existence d'une intoxication générale de l'économie. Je me rattache complètement à cette opinion, qui rapproche les érythèmes généralisés des fièvres éruptives et des autres maladies infectieuses.

Les érythèmes généralisés sont assez nombreux, leur nomenclature est un peu arbitraire et varie suivant les auteurs ; je crois être dans la vérité pratique en admettant comme constituant des espèces nosologiques légitimes : 1° l'érythème polymorphe ; 2° l'érythème noueux ; 3° l'érythème scarlatiniforme ; 4° l'érythème mamelonné. Quelques auteurs ont encore décrit un érythème morbilleux caractérisé par de petites taches rouges semblables

à celles de la rougeole, mais je crois qu'il s'agit alors de cas appartenant à la roséole.

1° Érythème polymorphe.

Le nom d'*érythème polymorphe* a été donné par Hébra à une affection éruptive désignée auparavant sous les noms d'érythème papuleux, d'érythème tuberculeux, d'érythème marginé; ayant remarqué que le même processus morbide pouvait donner lieu tantôt à des taches papuleuses, tantôt à des nodosités tuberculeuses, tantôt à des soulèvements vésiculeux ou même bulbeux, il a pensé que la forme éruptive devait être laissée au second plan, et il a proposé pour cette affection le nom heureux d'érythème polymorphe ou multiforme, qui est maintenant à peu près généralement adopté.

Cet érythème est caractérisé par l'apparition simultanée sur plusieurs points du corps et particulièrement au dos des mains, aux poignets, aux cous-de-pied et aux parties latérales du cou, de taches exanthématiques plus ou moins saillantes, d'une coloration rouge assez foncée, un peu vineuse. Ces taches, qui disparaissent momentanément sous la pression du doigt, se présentent sous des formes assez variées, qui justifient très bien le nom d'érythème polymorphe. C'est ainsi que la tache est constituée quelquefois par un cercle rouge avec un centre sain, c'est l'*érythème circiné* ou *annulaire;* quelquefois le contour en est plus saillant, c'est l'*érythème marginé.* Le plus souvent c'est une plaque pleine, faisant une saillie égale partout, à contours réguliers ou irréguliers, d'une largeur ne dépassant pas un demi-centimètre à deux centimètres, d'une rougeur un peu violacée, c'est l'*érythème papuleux* véritable ; d'autres fois la saillie est plus considérable, elle figure un tubercule de forme ronde ou allongée, c'est l'*érythème tuberculeux;* ou bien la plaque est disposée en bandes droites ou sinueuses, c'est

l'*érythème gyraté* d'Hébra. Il peut exister encore une autre forme qui présente, avec l'érythème papuleux type, une différence d'aspect assez considérable pour que la plupart des dermatologistes en aient fait un genre à part : au centre d'une tache analogue à celle de l'érythème marginé, on voit survenir une vésicule contenant un liquide transparent ou un peu louche, et cette vésicule, par la dessiccation, laisse sur la plaque érythémateuse une légère squame jaunâtre ou brunâtre. D'autres fois cette vésicule n'est pas isolée, on voit autour d'elle se disposer à une certaine distance un ou plusieurs cercles de vésicules nouvelles ; cette disposition donne à la plaque un aspect tout particulier de cocarde multicolore ; on peut reconnaître, en effet, au centre de la plaque, la squame jaune, résultant de la dessiccation de la vésicule centrale, puis un cercle érythémateux, un second cercle formé de vésicules ou de squames suivant la période de la lésion ; enfin un troisième cercle d'un rouge brunâtre, formé par le bord externe de la tache exanthématique. C'est cette affection qui a été désignée par Willan sous le nom d'*herpes iris*. Mais ce n'est pas là un véritable herpès ; la vésicule n'est qu'une lésion accessoire surajoutée à l'érythème ; en effet, sur le même malade on peut rencontrer des plaques d'érythème papuleux sans la moindre apparence de vésicule, d'autres avec une simple vésicule centrale, d'autres enfin avec la disposition complexe que je viens d'indiquer. Il est des cas enfin où, sur la tache saillante, il existe non plus des vésicules, mais bien une véritable bulle, du volume d'un pois ou d'une petite noisette, contenant une sérosité transparente ou séro-purulente ; on a alors sous les yeux la lésion élémentaire du pemphigus ; et en effet certains médecins ont décrit cette éruption sous le nom de pemphigus aigu. Mais en examinant avec attention les malades qui présentent cette lésion, on constate toujours, à côté des taches bulbeuses,

des taches d'érythème papuleux parfaitement caractérisé. Toutes ces éruptions, si différentes les unes des autres au premier aspect, ne sont donc que des degrés, que des formes différentes d'une même maladie, de l'érythème papuleux ou plutôt de l'érythème polymorphe.

Les symptômes généraux peuvent précéder l'éruption de quelques heures, et même d'un jour ou deux; le plus souvent ils se développent presque en même temps que l'éruption. Ils consistent en un sentiment de courbature quelquefois assez forte, dans l'apparition de céphalalgie, de soif et d'inappétence; rarement il existe quelques envies de vomir; la fièvre est caractérisée par une plus grande fréquence du pouls et par une température un peu plus élevée. Quelquefois, sur les parties qui vont être le siège de l'éruption, il existe une sensation de picotement ou de cuisson.

Assez souvent les malades se plaignent de douleurs dans la continuité des membres, douleurs musculaires, sensibles surtout dans les mouvements; ces douleurs peuvent aussi siéger dans les articulations, qui sont en même temps chaudes et légèrement tuméfiées. J'ai même observé deux fois dans le cours et à la suite d'un érythème papuleux des accidents inflammatoires du côté du péricarde et de l'endocarde; c'est là une véritable complication de rhumatisme. Ces phénomènes sont assez communs pour que quelques auteurs, et en particulier mon collègue Bazin, aient fait du rhumatisme la maladie principale; suivant le langage adopté par l'auteur que je viens de citer, l'érythème ne serait qu'une des manifestations de la maladie générale qu'il appelle arthritis. Bazin n'est pas le seul d'ailleurs qui ait subordonné l'érythème papuleux au rhumatisme, Bouillaud a signalé, dans certains cas de rhumatisme fébrile (1), l'existence

(1) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire.*

de taches cutanées rouges et saillantes ; et, plus récemment, Maximin Legrand et Duriau ont décrit, sous le nom de *péliose rhumatismale*, les différentes variétés d'érythèmes dont nous venons de parler et qui coïncident quelquefois avec un accès de rhumatisme aigu.

Pour moi, je considère l'érythème papuleux, non pas comme l'accessoire, mais comme la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication. J'ai compulsé, en effet, les observations d'érythème papuleux qui ont été publiées, je les ai rapprochées de faits qui se sont passés sous mes yeux et j'en suis arrivé à cette conclusion que les phénomènes articulaires manquaient dans plus de la moitié des cas. L'arthrite rhumatismale est donc là une complication tout à fait semblable au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine.

La marche de l'érythème papuleux est aiguë. Ordinairement on voit, au bout de huit à douze jours, la maladie s'effacer plus ou moins complètement; il est très rare que l'éruption persiste pendant plus de vingt jours; au moment où la rougeur s'efface, elle est remplacée par une légère desquamation très passagère, et qui ne laisse aucune trace durable de son existence. Cependant, quand l'érythème a été très intense, on peut voir persister à sa place de petites taches ecchymotiques brunes ou violacées. Le sang qui s'était accumulé dans les capillaires de la peau pour constituer une congestion peut rompre ces vaisseaux et s'épancher dans le tissu même du derme. Dans des cas assez rares, on voit la maladie se prolonger quatre, cinq ou six semaines, par suite de poussées successives de l'éruption.

J'ajouterai que les récidives de cette affection sont très fréquentes et qu'il est des individus qui en sont affectés tous les ans, au printemps le plus ordinairement, quelquefois même deux fois par an, au printemps et à l'automne.

Le plus ordinairement l'érythème se termine favorable-

ment et la guérison est complète; dans quelques cas cependant, dont le nombre s'est accru dans ces dernières années par une observation plus attentive des faits, la maladie peut prendre un aspect grave et même se terminer d'une manière fatale. C'est là la forme maligne caractérisée principalement par l'intensité de la fièvre, la température étant à 39°,5 et même à 40 degrés, le pouls étant à 110-120 pulsations par minute. Avec cette fièvre, qui peut se prolonger vingt-cinq, trente et même quarante jours, on ne constate quelquefois que les éruptions cutanées à poussées successives, mais, le plus ordinairement, avec le mouvement fébrile; il existe quelque complication viscérale qui explique la gravité. C'est d'abord et le plus fréquemment une affection rhumatismale, soit des arthrites, soit des endocardites ou des péricardites, lesquelles peuvent être le point de départ de lésions valvulaires ultérieures. Plus rarement on rencontre des pneumonies ou plutôt des broncho-pneumonies, ou des pleurésies ordinairement de peu de durée, comme cela s'observe pour les pleurésies rhumatismales. On a cité quelques cas d'albuminurie consécutive à des érythèmes papuleux et terminés par la mort. On a noté encore des anémies consécutives ayant une apparence pernicieuse. Enfin il peut survenir des accidents nerveux plus ou moins graves; je viens d'observer récemment un fait de ce genre : il s'agissait d'une femme de cinquante-sept ans, ayant présenté pendant trois semaines les symptômes d'un érythème papuleux ordinaire, borné aux membres inférieurs et aux avant-bras, et accompagné de quelques douleurs erratiques dans les jambes; au lieu de se terminer, la maladie se prolongea, la fièvre continua avec une forme rémittente, un frisson violent et un redoublement ayant lieu tous les jours entre trois et quatre heures, le soir et la nuit la malade étant baignée de sueurs profuses; il y avait de l'inappétence absolue, des vomisse-

ments fréquents, de la diarrhée, une faiblesse extrême et en même temps des douleurs vives avec sensation d'engourdissement et de fourmillement aux pieds et aux mains. La maladie se prolongea ainsi pendant trois mois; au bout de ce temps, la fièvre diminua d'intensité sans cesser complètement, un certain malaise se représentant tous les jours dans l'après-midi, l'alimentation fut possible, les digestions se rétablirent, mais les douleurs aux pieds et aux mains, sans aucun gonflement, persistèrent, une atrophie musculaire très positive s'établit aux muscles des mains et six mois après le début de la maladie une amélioration notable était survenue, mais la guérison n'était pas complète.

Étiologie. — L'érythème papuleux atteint habituellement les jeunes sujets; après quarante ans on ne le rencontre que rarement. Comme cause prédisposante, nous noterons encore l'influence du printemps. On en rencontre moins souvent en été; en automne, la maladie est un peu plus fréquente; enfin, en hiver, elle est extrêmement rare. Les hommes y paraissent plus disposés que les femmes. Les causes occasionnelles ont été peu étudiées : on a noté des refroidissements, des excès de régime; mais le plus souvent on ne trouve aucune circonstance qui puisse être invoquée comme cause spéciale de maladie.

Traitement. — La maladie, abandonnée à elle-même, guérit assez rapidement, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure; il faut donc laisser agir la nature, tout en l'aidant par quelques précautions hygiéniques qui sont le repos à la chambre, l'administration de boissons délayantes et acidulées; la privation absolue de nourriture solide ne doit être prescrite que s'il y a de la fièvre. Il faut craindre surtout les fatigues et les refroidissements, qui amènent si fréquemment les accidents rhumatismaux; lorsque l'arthrite est développée, on ne doit plus s'occu-

per que d'elle, c'est elle seule qu'il faut combattre par les moyens qu'on oppose ordinairement à cette maladie : boissons nitrées, salicylate de soude, sulfate de quinine, opium, etc. Lorsqu'il existe des phénomènes d'embarras gastrique, on doit chercher à les dissiper à l'aide d'une médication vomitive ou purgative; enfin les complications et les affections consécutives doivent être traitées par les moyens appropriés à leur nature.

2° Érythème noueux.

Cet érythème est caractérisé par l'existence de saillies dures et rouges, se développant presque exclusivement sur les membres. La saillie semble se prolonger jusque sous le derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et il se forme ainsi de véritables nœuds ou tubercules qui sont aussi faciles à reconnaître par le toucher que par la vue. Ces plaques se présentent sous la forme de tubercules assez larges, oblongs ou arrondis, et allongés dans le sens de la longueur des membres ; elles siègent plus particulièrement aux jambes, en avant des tibias, et aux avant-bras; elles ont été observées aussi, mais bien plus rarement, aux cuisses et aux bras; jamais on n'en trouve sur le tronc ; il n'est pas rare de voir simultanément avec ces nodosités quelques plaques d'érythème papuleux.

Les plaques de l'érythème noueux sont douloureuses à la pression et même elles sont quelquefois le siège d'une douleur spontanée. Leur apparition est précédée de malaise et de fièvre, et de quelques phénomènes gastriques.

Les taches, d'abord rouges, deviennent ensuite violettes, puis d'un brun foncé ; la saillie diminue et la teinte devient alors bleuâtre et jaunâtre, comme celle des ecchymoses; en ce moment, la pression du doigt ne fait plus disparaître la coloration. Comme dans l'érythème

papuleux, il peut y avoir des douleurs articulaires ou musculaires et une véritable arthrite rhumatismale; aussi Bazin rattache-t-il l'érythème noueux à l'arthritis. Je répéterai ici ce que j'ai dit à propos de l'érythème papuleux : les phénomènes rhumatismaux ne sont pas assez constants, ni même assez communs pour qu'on voie en eux autre chose qu'une complication.

La marche de la maladie est aiguë et, ordinairement, au bout de deux ou trois septénaires, toute trace d'éruption a disparu. Cependant il existe quelquefois plusieurs éruptions successives, et la maladie peut se prolonger ainsi pendant quatre ou six semaines. Chez les sujets scrofuleux, les saillies dures peuvent résister pendant plusieurs mois et même se terminer par une ulcération, à fond grisâtre, peu disposée à se cicatriser. Bazin a décrit cette forme chronique de l'érythème noueux, sous le nom d'*érythème induré scrofuleux;* je serais également disposé à croire que cet érythème est une espèce spéciale différente du véritable hérythème noueux.

Dans le cours ou à la suite de la maladie qui nous occupe, on peut observer des complications semblables à celles qu'on a rencontrées dans l'érythème polymorphe.

Le *diagnostic* est ordinairement facile, la saillie des tubercules plus sensibles au toucher qu'apparents à la vue, le siège spécial de l'éruption, les modifications de couleur et surtout la tache ecchymotique des nodosités sont des caractères suffisants pour faire reconnaître la maladie; on est seulement embarrassé quelquefois pour savoir si on a affaire à un érythème papuleux ou à un érythème noueux; les caractères que je viens d'indiquer relativement à l'éruption devront aider au diagnostic; mais il est vrai de dire qu'on rencontre quelquefois des cas mixtes dans lesquels sont réunies les éruptions

propres à l'une et à l'autre maladie, bien voisines d'ailleurs par leur nature.

L'érythème noueux se rencontre principalement chez les jeunes sujets, dans l'enfance et dans la jeunesse. Il est plus commun chez les individus lymphatiques et chez les scrofuleux ; les filles y sont plus exposées que les garçons. On le rencontre surtout au printemps, quelquefois en automne.

Le traitement est le même que pour les autres érythèmes. Quand il se développe chez les individus scrofuleux, il faut surtout craindre que la maladie ne prenne la forme chronique. On doit chercher alors à modifier la constitution par l'emploi des toniques, des amers et surtout de l'huile de foie de morue, sans oublier l'emploi des moyens hygiéniques.

3° Érythème scarlatiniforme.

Cet érythème, confondu souvent avec la scarlatine, a été indiqué par certains auteurs sous les noms de fausse scarlatine, de fièvre rouge. C'est à la variété grave de cet érythème que Brocq a emprunté plusieurs observations qu'il a attribuées à tort à la dermite exfoliatrice.

L'éruption se présente sous la forme de larges plaques d'un rouge vif, qui simulent la scarlatine. Elle est quelquefois précédée, pendant un jour ou deux, par un peu de malaise et par un léger mouvement fébrile ; bientôt on voit apparaître sur la peau de larges taches rouges sans saillie, présentant un pointillé plus foncé. Ces plaques sont le siège d'une démangeaison assez vive. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, tout disparaît et il ne reste qu'une légère desquamation. L'éruption peut durer plus longtemps, plusieurs semaines, et alors elle se termine par une desquamation plus ou moins considérable, le plus souvent légère et furfuracée, mais dans

d'autres cas plus abondante et se soulevant en larges plaques épidermiques comme dans la scarlatine. Cette desquamation peut se renouveler à plusieurs reprises après de nouvelles poussées érythémateuses.

La fièvre est ordinairement peu prononcée, quelquefois même elle n'existe pas ; la langue est naturelle ou seulement recouverte d'un léger enduit blanchâtre. On ne trouve à la gorge tout au plus qu'une rougeur légère ; jamais il n'existe d'éruption miliaire.

C'est une maladie qui récidive très fréquemment ; c'est même, dans certains cas, le seul signe qui puisse la faire distinguer de la scarlatine. Cette récidive peut survenir peu de temps après la première apparition ; quelquefois les intervalles sont de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Diagnostic. — Il est une première affection avec laquelle l'érythème scarlatiniforme pourrait être confondu, c'est l'*eczema rubrum*, dans lequel on voit une grande partie du corps, couverte de taches rouges, suivies d'une desquamation abondante. Mais dans cette variété d'eczéma aigu on peut toujours trouver, dans une région quelconque, quelques vésicules qui forment plus tard des ulcérations et des croûtes par la rupture de l'épiderme. L'érythème scarlatiniforme qui se prolonge ressemble beaucoup à la dermite exfoliatrice, et je comprends la confusion commise par le docteur Brocq ; toutefois on devra reconnaître la dermite par une plus grande sécheresse de la peau, qui semble en même temps rétractée et racornie et surtout par une durée indéfinie de la maladie. Je dois ajouter que le rash qui précède quelquefois la variole ressemble tout à fait à l'érythème scarlatiniforme, et qu'il est impossible de l'en distinguer par les caractères objectifs ; la rapidité de son développement, son siège plus spécial à la partie inférieure du tronc et aux aines, l'intensité de la fièvre, la concomitance des symptômes habituels de la

variole à la période d'invasion, pourront servir à faire soupçonner l'existence de la petite vérole. Mais la véritable difficulté diagnostique consiste à distinguer l'érythème dont il est question de la véritable scarlatine, difficulté d'autant plus grande que cette dernière maladie est quelquefois mal caractérisée, à l'état fruste, pour me servir de l'expression de Trousseau. Pour établir ce diagnostic différentiel, on devra se rappeler que la scarlatine débute avec des phénomènes d'invasion ordinairement sérieux, céphalalgie, vomissements, angine, que dès le début et pendant la période d'éruption la fièvre est intense (température, 40 degrés et au-dessous; pouls souvent à 120 et au-dessus), que l'éruption se montre surtout à la face interne des membres et des articulations, que les mains sont rouges et gonflées, que la gorge est habituellement très rouge et que la langue, après avoir présenté un enduit pultacé, devient rouge et comme écorchée, que la desquamation est abondante et qu'elle se manifeste surtout aux pieds et aux mains, tandis que dans l'érythème scarlatiniforme la maladie débute par un léger malaise, la fièvre est peu intense, la gorge est à peine rouge, la langue ne paraît pas dépouillée de son épithélium, l'éruption existe aussi bien sur la face externe que sur la face interne des membres, les mains ne sont pas gonflées et la maladie ne présente pas de gravité.

Dans l'érythème scarlatiniforme, on ne constate jamais, du côté des reins, les altérations de sécrétion et de texture si communes dans la scarlatine.

Les causes de l'érythème scarlatiniforme sont peu connues. Tantôt on le rencontre chez les individus bien portants, tantôt il survient comme complication d'une autre maladie, ordinairement grave. C'est ainsi que G. Sée dit l'avoir constaté tout particulièrement comme complication du croup et de l'angine diphthéritique. On a cité quelques cas d'érythème scarlatiniforme après l'adminis-

tration de la belladone, du datura stramonium, du mercure et même de l'opium.

Le traitement se borne, comme pour les autres érythèmes, à quelques moyens hygiéniques, à l'usage de quelques boissons acidulées et à l'application de poudres inertes. Quelquefois un purgatif est utile pour combattre un embarras gastrique concomitant.

4° Érythème mamelonné.

Je désigne sous ce nom une maladie qui a été décrite par un certain nombre d'auteurs, et en particulier par Bazin, sous le nom de roséole ; mais j'en parle ici, parce qu'elle se rapproche beaucoup plus des autres érythèmes que de la véritable roséole, maladie principalement caractérisée par de petites taches rouges à peine saillantes, semblables à celles de l'éruption de la rougeole, ainsi qu'on a pu le voir par sa description.

L'érythème mamelonné est constitué par l'apparition de taches arrondies régulières ou irrégulières, d'un rouge vif, moins violacé que celles de l'érythème papuleux ; l'éruption est également beaucoup plus généralisée. Elle se montre sur les membres, sur le cou, mais on la rencontre principalement et souvent à un degré très confluent au tronc et aux fesses. Elle met en général quelques heures à se développer et elle s'accompagne de phénomènes généraux assez intenses, fièvre, céphalalgie, courbature générale, et de quelques phénomènes d'embarras gastrique. En outre, ce qui la distingue des autres éruptions érythémateuses, c'est l'existence de démangeaisons excessives qui empêchent souvent les malades de dormir. La maladie dure rarement plus de cinq ou six jours, à moins qu'il ne se produise plusieurs éruptions successives. Au moment de la résolution, les taches deviennent moins saillantes, la rougeur s'efface et on aperçoit une

légère desquamation, qui n'est même pas constante dans tous les cas ; avec l'éruption, les démangeaisons disparaissent ainsi que les phénomènes généraux.

L'érythème mamelonné est toujours une affection secondaire, une complication survenant dans le cours ou pendant la convalescence d'une maladie grave. On la rencontre après la pneumonie, après les érysipèles, etc. Elle a été observée assez souvent à la suite du choléra épidémique; dans cette circonstance, elle a été décrite par quelques auteurs sous le nom de *roséole cholérique ;* elle survient alors le plus souvent au moment de la période de réaction. L'érythème mamelonné ne se complique jamais de rhumatisme.

Le diagnostic en est facile, et le pronostic toujours bénin ; la maladie n'a pas de gravité par elle-même, mais quand elle vient compliquer une affection déjà sérieuse, elle agit d'une manière fâcheuse en retardant la convalescence et en augmentant l'agitation du malade par les démangeaisons et par l'état fébrile qui l'accompagnent habituellement.

Le traitement se réduit à bien peu de chose, à quelques tisanes rafraîchissantes, à un purgatif s'il existe de l'embarras gastrique. En outre, on doit combattre les démangeaisons par un traitement topique, en saupoudrant la peau avec des poudres d'amidon ou avec de la farine, qu'on peut additionner d'une petite quantité d'oxyde de zinc et de camphre; quelques malades ont été soulagés par des lotions faites avec une solution de sublimé à très faible dose ou par des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc et au camphre.

c. Miliaire.

La miliaire est une maladie assez mal délimitée ; elle a été et est encore confondue avec la scarlatine, avec la

suette et avec les *sudamina*. Hébra (1) et Besnier (*Dict. encyclopédique des sciences médic.*, art. MILIAIRE) n'échappent pas à ce reproche, car, dans la description de la miliaire, ils indiquent des caractères et ils citent des exemples qui appartiennent certainement aux *sudamina*. Cependant, dans les auteurs, depuis Welsch, qui donna le premier une bonne description d'une épidémie de miliaire qui régna à Leipsick (en 1655), on trouve des observations bien authentiques de cette maladie qui s'est montrée plusieurs fois d'une manière épidémique en Allemagne, en Italie, en Angleterre, dans les Pays-Bas; en France, à la fin du siècle dernier, la maladie sévit en Auvergne et en Normandie, et la Faculté de médecine, en 1778, proposa, pour sujet de prix, l'étude de la miliaire des femmes en couches; le prix fut obtenu par Gastellier, qui soutint l'opinion déjà émise par de Haen, que la miliaire était une éruption commune à plusieurs maladies. A ce moment un assez grand nombre de travaux parurent sur ce sujet, mais contribuèrent à ramener l'obscurité un moment dissipée par l'ouvrage de Welsch; et depuis cette époque, malgré quelques dénégations individuelles, on continua à considérer la miliaire comme un phénomène commun à certaines maladies accompagnées de sueurs ou même à la confondre avec la scarlatine; c'est ainsi que Trousseau, dans sa *Clinique médicale*, dit que la miliaire des femmes en couches n'est rien autre chose qu'un exanthème sudoral. Dans ces dernières années, en 1882, Guéniot reprit ce sujet controversé (*Thèses de Paris*, sur les éruptions miliaires et scarlatiniformes des femmes en couches) et démontra par des observations authentiques la légitimité de la miliaire comme espèce nosologique; je n'hésite pas à me ranger à cette opinion, ayant eu l'occasion d'en rencontrer un

(1) *Traité des maladies de la peau*, traduit par Doyon. Paris, 1872.

certain nombre d'exemples pendant que j'étais attaché au service des femmes en couches, à l'hôpital Saint-Louis, mais j'ajoute que cette maladie, fréquente chez les femmes récemment accouchées, ne leur est pas exclusive.

Anatomie pathologique. — Il n'y a rien à dire sur l'anatomie pathologique de la miliaire, la terminaison funeste est rare dans cette maladie, et lorsqu'elle a lieu elle doit être imputée à une autre affection ; c'est ce qui est arrivé pour une autopsie faite par Guéniot et pour une que j'ai eu occasion de pratiquer. Dans l'un et dans l'autre cas, on a trouvé des signes évidents de péritonite et de lymphangite utérine, mais ces lésions se rapportent bien plutôt à la fièvre puerpérale concomitante qu'à la miliaire. Quant à l'éruption, la rougeur cutanée avait complètement disparu, comme dans les fièvres éruptives; mais l'examen histologique n'a pas été fait. Dans la peau, la vésiculation est-elle due à la rétention de la sueur dans les conduits des glandes sudoripares, ou est-elle le résultat de la distension et de la rupture des cellules du corps muqueux, lesquelles sont, à l'état normal, de véritables vésicules distendues par un liquide transparent, et l'inflammation pouvant augmenter la quantité de ce liquide, rompre les cloisons qui les séparent et constituer ainsi des saillies assez considérables pour distendre et soulever l'épiderme; c'est ce qu'il est difficile de décider.

Symptômes. — La maladie débute ordinairement par un malaise général, accompagné dans quelques cas d'un léger frisson; il existe un sentiment général de courbature, un peu de céphalalgie, de l'inappétence et quelquefois de l'épistaxis, puis la fièvre s'établit sans présenter une grande intensité, et sans qu'on puisse constater, s'il s'agit des femmes nouvellement accouchées, une diminution notable des lochies et de la sécrétion lactée; ce dernier point indique tout d'abord la bénignité de l'affection intercurrente. Le lendemain ou le surlendemain au plus

tard l'éruption commence à se montrer ; ce sont au début des plaques rouges assez larges, sur lesquelles on distingue un petit pointillé d'un rouge un peu plus vif et sans saillie au-dessus du niveau de la peau. Elles apparaissent sur le tronc, à la partie antérieure de la poitrine, entre les seins, sur le ventre, dans le dos ; elles ne gagnent les membres que consécutivement. Vers le troisième ou le quatrième jour on les voit se couvrir d'une multitude de vésicules saillantes, d'abord transparentes, mais qui bientôt deviennent lactescentes et présentent un aspect franchement purulent. Quelquefois un certain nombre de vésicules confluentes se réunissent par leurs bords et forment un soulèvement épidermique plus considérable, une véritable phlyctène. Enfin on rencontre aussi de place en place des vésicules qui restent transparentes pendant tout le temps de leur évolution, et qui constituent de véritables *sudamina*.

Il existe de grandes différences, suivant les cas, dans l'étendue et l'intensité de l'éruption : tantôt elle couvre la plus grande partie du corps, tantôt elle est à peine marquée. Elle respecte en général la face, les pieds et les mains.

En même temps que paraît l'éruption, les phénomènes généraux s'accentuent : la fièvre est plus vive, le pouls s'élève, mais rarement au-dessus de 80 à 100 pulsations ; la température reste à 38 degrés ou 38°,5, mais la peau se recouvre de sueurs abondantes ; tous les auteurs ont signalé ce fait, sur lequel on s'est appuyé pour considérer la miliaire comme un accident sudoral.

La langue a le même aspect que dans toutes les maladies fébriles, elle est rouge à la pointe et recouverte d'un léger enduit blanchâtre ; au pharynx et sur le voile du palais on trouve souvent une rougeur assez vive avec un pointillé légèrement saillant, mais jamais de dépôt pultacé comme dans la scarlatine.

L'appétit est nul, mais il n'existe d'ordinaire ni vomissement ni diarrhée. Du côté des voies respiratoires et du système nerveux il n'y a rien de particulier à noter chez les femmes en couches. Quand la fièvre est intense, les lochies et les sécrétions lactées sont un peu diminuées, mais bien rarement supprimées; les urines sont assez rares, on y rencontre quelquefois des traces d'albumine.

Au bout de sept à dix ou douze jours au plus, la fièvre tombe, les vésicules s'affaissent, le liquide qui les remplissait se résorbe et l'épiderme tombe sous la forme de petits disques arrondis, en laissant à la place où siégeait la vésicule, une petite tache d'un rose vif luisant formée par l'épiderme nouveau et entourée d'une collerette plus blanche d'épiderme ancien. La desquamation dure de huit à dix jours.

La marche de la maladie est le plus souvent continue, cependant on remarque dans certains cas un redoublement fébrile assez régulier le soir. La durée varie de cinq à quinze jours; elle peut être prolongée par une sorte de rechute, par une poussée éruptive nouvelle que j'ai vue survenir dans certains cas vers le sixième ou le septième jour; cette marche récidivante n'a pas été notée par Guéniot. La terminaison habituelle de la miliaire est la guérison. On trouve cependant dans les auteurs et surtout dans les relations de certaines épidémies, la notion de miliaires graves et habituellement mortelles; mais s'agissait-il bien alors de miliaire simple et n'y avait-il pas lieu de penser bien plutôt à l'existence de fièvres puerpérales, accompagnées d'éruptions miliaires; la bénignité habituelle de la miliaire simple doit le faire penser.

Diagnostic. — Le diagnostic de la miliaire est très important à établir, mais il présente dans certain cas les plus grandes difficultés. On fera attention à l'éruption de plaques rouges siégeant presque exclusivement au tronc et à la racine des membres, et se recouvrant bientôt de

vésicules miliaires abondantes. On notera l'état fébrile, la courbature, la céphalalgie et, dans quelques cas rares, des épistaxis ; on devra surtout soupçonner la miliaire, si l'éruption survient chez une femme récemment accouchée.

Les maladies avec lesquelles on peut confondre la miliaire, sont la variole à sa période prodromique quand elle est compliquée de *red rash*, la scarlatine, la suette miliaire et les *sudamina*.

En effet, les *rash* varioliques peuvent se présenter sous un aspect très analogue aux plaques rouges de la miliaire, mais les vésicules qui les surmontent ne tardent pas à se transformer en pustules varioliques, et en outre les phénomènes d'invasion sont bien différents : on ne retrouve pas dans la miliaire la fièvre intense, les vomissements, la céphalalgie gravative, et surtout la rachialgie qui caractérisent la variole commençante.

Le diagnostic est bien autrement difficile à établir entre la miliaire et la scarlatine ; on doit même dire qu'un grand nombre des cas qui ont été cités comme des scarlatines chez les nouvelles accouchées peuvent être rapportés à la miliaire. Dans le plus grand nombre des cas cependant, le diagnostic est possible, et il est important de l'établir au point de vue du pronostic et des précautions hygiéniques à prendre ultérieurement, nécessaires dans la scarlatine, inutiles dans la miliaire. On doit se rappeler que dans la scarlatine il existe une période d'invasion assez bien caractérisée, que l'éruption est plus généralisée, qu'on la rencontre aux pieds et aux mains avec une telle intensité qu'elle provoque du gonflement et de la douleur dans les mouvements des doigts. Dans la scarlatine encore, on note un aspect spécial de la langue, recouverte au début d'un enduit pultacé, épais et comme couenneux, auquel succède plus tard une coloration d'un rouge vif, avec des papilles saillantes et avec une appa-

rence d'écorchure. La fièvre est toujours considérable, le plus souvent le pouls dépasse 120. Quand il existe des vésicules miliaires, elles ne sont que l'accessoire de l'éruption et elles se dessèchent très vite. Enfin, dans la dernière période de la maladie, la desquamation est très abondante, elle a lieu en larges plaques épidermiques; elle se prolonge longtemps et surtout elle est plus intense aux pieds et aux mains que partout ailleurs.

Dans la miliaire puerpérale, les phénomènes d'invasion existent à peine, l'éruption n'atteint jamais la face ni les pieds ni les mains; s'il existe un léger mal de gorge, jamais on ne rencontre de pseudo-membranes sur le pharynx, et la langue ne présente qu'un léger enduit blanchâtre et une coloration rouge peu intense des bords et de la pointe. Les phénomènes généraux sont peu prononcés. La peau, qui est ordinairement sèche et brûlante dans la scarlatine, est toujours moite dans la miliaire et presque constamment recouverte d'une sueur très abondante. L'éruption miliaire forme le principal dans la maladie et les plaques rouges l'accessoire. La desquamation est légère, par petits disques arrondis qu'on ne peut comparer aux larges lambeaux épidermiques qui se détachent dans la scarlatine. Enfin l'existence d'un accouchement récent doit aussi entrer en ligne de compte. Il n'est pas inutile de dire que dans la miliaire on ne rencontre jamais les complications si fréquentes dans la scarlatine d'angine grave, de rhumatisme, d'accidents nerveux et enfin de néphrite albumineuse.

Il est difficile d'établir des distinctions bien tranchées entre la miliaire et la suette : dans les deux maladies, en effet, il y a de la fièvre et la peau présente de la sueur et une éruption vésiculeuse semblable pour le volume et l'apparence à des grains de millet. Toutefois la suette est une maladie plus grave, et on la distingue de la miliaire

à l'intensité de la fièvre, à l'existence des symptômes ataxiques ou adynamiques très prononcés, à l'abondance extrême de la sueur et au caractère moins marqué de l'éruption qui semble accessoire et plutôt constituée par des *sudamina* que par une véritable éruption miliaire.

Quant aux *sudamina* souvent confondus avec l'éruption de la miliaire, leur petite dimension, leur aspect translucide, leur ressemblance avec des gouttes de sueur déposées sur la peau, l'absence de plaques rouges concomitantes et leur apparition ordinaire dans le cours d'une autre maladie ayant déterminé des sueurs profuses, suffisent ordinairement pour les faire reconnaître.

Nous n'insisterons pas sur le *pronostic* de la miliaire. Il ressort de la description que nous en avons donnée, que c'est une maladie peu grave, qui se termine, dans l'immense majorité des cas, d'une façon heureuse dans l'intervalle d'un ou de deux septénaires.

Étiologie. — Dans les deux siècles derniers la miliaire s'est développée fréquemment sous la forme épidémique. Actuellement on ne la rencontre plus qu'à l'état sporadique.

L'état puerpéral est certainement la cause prédisposante la plus habituelle; mais la maladie peut être observée aussi, non seulement chez les femmes non accouchées, mais encore chez les hommes, sans qu'on puisse indiquer une cause connue de son développement. On n'a pas noté de cas bien authentiques de contagion.

Traitement. — La miliaire est une maladie générale, à marche régulière et que l'on ne saurait entraver. On doit donc se contenter de prescrire quelques boissons acidulées, de l'orangeade, de la limonade, des sirops rafraîchissants étendus d'eau. Il est tout à fait inutile, il peut même être nuisible de chercher à favoriser l'éruption par des boissons diaphorétiques.

Si la fièvre est vive et s'il existe quelques phénomènes

cérébraux, on pourra administrer l'opium à faible dose, et le sulfate de quinine peut être indiqué dans les cas de fièvre à marche rémittente.

A la fin de la maladie un purgatif est indiqué si l'appétit ne revient pas et si la langue reste chargée. Pour diminuer la sécheresse et la chaleur de la peau, on se trouvera bien de faire saupoudrer le corps avec des poudres inertes, poudre de riz, farine de froment, fécule de pommes de terre.

Comme toutes les affections générales, la miliaire laisse souvent à sa suite un état de faiblesse et d'anémie assez prononcé. On doit, pendant la convalescence, user des toniques, du vin de quinquina ou de coca, de quelques préparations ferrugineuses. On y joindra une diète suffisamment réparatrice.

d. Taches lenticulaires rosées.

Les taches lenticulaires rosées sont toujours symptomatiques et consécutives à une maladie. On les rencontre dans la fièvre typhoïde et leur fréquence dans cette affection, la régularité de leur apparition, en font un caractère important de diagnostic dont on se sert en France pour reconnaître la dothiénentérie. On a cité quelques cas de méningite, de tuberculose aiguë dans lesquels on avait observé l'existence de quelques taches rosées, mais ces faits doivent être regardés comme exceptionnels.

La tache rosée lenticulaire est constituée par une petite tache arrondie, régulière, bien délimitée, de 1 à 3 millimètres de diamètre, de forme lenticulaire, légèrement saillante au-dessus du niveau de la peau, de couleur rosée, souvent peu apparente et ayant besoin pour être distinguée d'un jour favorable ou d'une certaine incidence de lumière; la surface en est bombée et jamais acuminée ;

la couleur de cette tache disparaît momentanément par la pression.

Le siège le plus ordinaire de ces taches est la base et la partie antérieure de la poitrine, le dos et la région lombaire, mais on peut en trouver sur les membres supérieurs et inférieurs ; il est bien rare qu'on en ait rencontré à la face.

Les taches lenticulaires apparaissent du sixième au douzième jour du début de la fièvre typhoïde, ordinairement le septième ou le huitième jour; elles se développent successivement, chacune demeurant pendant deux, trois, quatre et même huit jours, et elles peuvent ainsi persister et se succéder pendant un espace de temps qui varie depuis une jusqu'à trois semaines; elles s'effacent du jour au lendemain en ne laissant ni desquamation, ni aucune trace de leur existence. Dans la rechute, qui a lieu quelquefois pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les taches se montrent du second au quatrième jour.

Le nombre des taches est très variable, quelquefois on n'en trouve qu'une, deux ou trois ; dans quelques cas elles sont assez nombreuses pour qu'il soit difficile de les compter; il n'y a aucune relation à établir entre le nombre des taches et la gravité de la maladie, leur présence n'a d'intérêt qu'au point de vue du diagnostic; mais leur importance est grande sous ce rapport, et j'ai pour habitude de dire familièrement à mes élèves que la tache lenticulaire rosée constitue la signature de la fièvre typhoïde.

e. Taches typhiques.

Il existe dans le typhus une éruption bien plus considérable que dans la fièvre typhoïde ; sa description exacte appartient à l'histoire du typhus, je pourrais ne pas en

parler ici, mais je vais en donner seulement une indication sommaire.

Ces taches, d'une étendue variable, depuis 2 ou 3 millimètres jusqu'à 1 centimètre et plus, à contours mal délimités, paraissent entre le quatrième et le sixième jour de la maladie; elles sont d'abord roses, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau et disparaissent sous le doigt, elles ressemblent à l'éruption rubéolique; mais dès le second, le troisième ou le quatrième jour de leur apparition, leur saillie s'efface, elles deviennent brunes, puis livides, et ne disparaissent plus sous la pression du doigt; ce sont alors de véritables ecchymoses constituées par du sang extravasé, soit entre les éléments de la peau, soit même dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces taches peuvent exister sur toutes les parties du corps, mais elles se montrent principalement sur le tronc, aux aisselles, aux aines, aux avant-bras. Elles apparaissent ordinairement en une seule poussée, et une fois établies elles persistent pendant toute la durée de la maladie. Dans certains cas toutes les taches ne se ressemblent pas, et il existe sur le même malade de petites pétéchies semblables à des piqûres de puce, des taches ecchymotiques irrégulières et d'autres taches plus pâles, moins apparentes. Ces taches sont souvent en très grand nombre et elles constituent un phénomène très apparent, qui a fait donner à la maladie le nom de *fièvre pétéchiale*, de *typhus exanthématique*. Il est d'observation que la gravité de la maladie est en rapport avec le nombre et l'étendue des taches éruptives; dans les cas les plus graves elles deviennent très rapidement brunes et ecchymotiques.

f. Herpès fébrile.

Aucun terme en médecine n'a eu des significations plus variées que le mot *herpès;* il est employé encore aujourd'hui pour désigner des états si différents de forme et de nature, qu'il serait à désirer qu'on le supprimât complètement et qu'on appliquât des mots nouveaux aux affections si disparates qui se trouvent confondues tout à fait artificiellement sous la désignation commune d'herpès.

C'est ainsi que nous trouvons chez les anciens médecins le mot *herpès* comme désignant des affections chroniques de la peau, ayant de la tendance à durer et à s'étendre, à ramper, du verbe ἕρπειν, ramper; *dicitur herpes a serpendo, quod nimirum anguim modo serpere videtur; et quod, una parte senescente, morbus in proximam serpit* (Sennert). Cette signification vague, synonyme de *dartre*, persista jusqu'à Willan, lequel, employant le mot *herpès* d'une manière toute différente, l'appliqua à une maladie définie et lui donna ainsi une signification toute nouvelle et précise : pour Willan et pour son continuateur Bateman (1), l'herpès est un genre de maladie cutanée appartenant à l'ordre des vésicules, et caractérisé par l'éruption de vésicules réunies en groupes distincts et irréguliers, reposant sur une base enflammée, laquelle affection s'accompagne de douleurs et se termine par desquamation. Ce terme *herpès* est donc ainsi limité à une maladie vésiculeuse, présentant, dans la plupart de ses formes une marche régulière d'accroissement, d'état et de déclin, et se terminant en un espace de dix, douze ou quatorze jours.

(1) Bateman, *Practical Synopsis of cutaneous Diseases, according to the arangement of Dr Willan.* London, 1813; 7th edit., 1829.

Cette manière d'envisager l'herpès, proposée par Willan, a été généralement adoptée en Angleterre, en France et en Allemagne ; Alibert seul, après avoir donné le nom d'*olophlyctide* à l'herpès de Willan, a continué à désigner sous le nom d'herpès les maladies dartreuses connues sous le nom d'eczéma, de lichen, de pityriasis, de psoriasis et certains herpès parasitaires, et leur a donné les noms assez pittoresques et assez inusités d'herpès furfureux volatil (pityriasis), d'herpès furfureux circiné (herpès circiné), d'herpès squameux humide (eczéma), d'herpès squameux scabioïde (lichen), d'herpès squameux orbiculaire (lèpre vulgaire), d'herpès squameux centrifuge (herpès circiné parasitaire) et d'herpès squameux lichénoïde (psoriasis). Ces expressions sont à peu près oubliées aujourd'hui, mais cependant on continue dans le langage habituel à faire du mot *herpès* le synonyme de dartre, et surtout l'adjectif *herpétique* reste l'analogue du mot *dartreux*. C'est ainsi qu'on dit indifféremment, et dans le même sens, affection *herpétique* ou affection *dartreuse* pour désigner un genre particulier de maladies cutanées (voy. *Dartres*).

Il y a quelque chose de régrettable dans cette opposition entre le substantif qui s'applique à une maladie définie, à un genre nosologique et l'adjectif qui désigne une classe toute différente d'affections cutanées ; mais la confusion augmente encore lorsqu'on considère les espèces morbides rattachées à ce genre herpès : suivant Willan, dont la classification avait été adoptée assez fidèlement par la plupart des dermatologistes anglais, français et allemands, l'herpès comprend six espèces distinctes : 1° l'herpès *phlycténoïde ;* 2° l'herpès *zoster ;* 3° l'herpès *circiné ;* 4° l'herpès *labial ;* 5° l'herpès *préputial ;* 6° l'herpès *iris.* Mais, si l'on soumet ces prétendues maladies distinctes à un examen clinique, on ne tarde pas à se rendre compte de leur peu de légitimité et de leur peu de ressemblance

les unes avec les autres. C'est ainsi que la première variété, l'herpès phlycténoïde, ne constitue pas une véritable entité morbide, car en lisant attentivement les descriptions données par Willan et par les auteurs qui ont accepté sa classification, on voit que ce nom a été donné tantôt à un herpès fébrile plus étendu que d'habitude, tantôt à un zona développé dans une région insolite et particulièrement à la face ou aux membres. La seconde variété, l'herpès zoster, est une maladie très distincte, très nette, mais qui, par sa marche régulière, par son siège unilatéral, par l'association habituelle d'une douleur névralgique et d'une éruption, ne présente qu'un rapport d'aspect avec les autres variétés d'herpès ; cette maladie doit être décrite à part, et on a pris depuis quelques années l'habitude louable de la désigner sous le nom seul de zona ; je l'ai déjà décrite ailleurs (voy. *Zona*, p. 229). La troisième espèce d'herpès, l'herpès circiné, est une affection parasitaire causée par la présence dans le système pileux ou dans l'épiderme d'un parasite végétal désigné sous le nom de *trichophyton* (voy. p. 368). La quatrième espèce, l'herpès labial, qu'on ferait mieux de nommer l'herpès fébrile, est une éruption qui accompagne certaines maladies fébriles aiguës. La cinquième espèce, l'herpès préputial, n'est le plus souvent qu'une éruption eczémateuse. Enfin la sixième espèce, l'herpès iris, coïncide le plus souvent avec certaines variétés d'érythème papuleux, et sa description se confond avec celle de l'érythème polymorphe (voy. p. 629). Cette courte analyse des espèces admises par Willan et ses élèves justifie suffisamment la critique que j'ai cru devoir faire sur ce genre nosologique, puisqu'elle démontre que sous ce titre, herpès, on a confondu le zona, des éruptions liées à l'état fébrile, des eczémas, des érythèmes et des maladies parasitaires ; il n'y a véritablement aucun lien commun entre ces diverses affections, et, je le répète, on

devrait rayer le genre herpès du cadre nosologique en donnant d'autres noms aux maladies qui existent réellement et qu'on a placées dans ce genre. Ici, je n'ai à m'occuper que de l'herpès fébrile.

L'herpès fébrile a été d'abord désigné sous le nom d'herpès labial (*herpes labialis*) parce qu'il se développe le plus souvent sur les lèvres; mais il est observé aussi sur le nez, sur les paupières et sur tous les points de la face, et Hébra a proposé de lui donner le nom plus exact d'*herpes facialis*. Comme cette maladie coïncide toujours avec la fièvre, et comme, d'autre part, il arrive quelquefois qu'on trouve des plaques de cet herpès au cou ou ailleurs qu'à la face, il me paraît plus exact de l'appeler *herpès fébrile*. Alibert a décrit cette éruption sous le nom peu connu et aujourd'hui abandonné d'*olophlyctide labiale*.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la peau dans l'herpès sont semblables à celles qu'on rencontre dans les autres affections vésiculeuses; elles ont été étudiées principalement par Neumann (1), par Vulpian et par Renaut, de Lyon. Le siège de la maladie est dans le corps muqueux; là, les cellules du réseau de Malpighi se gonflent, plusieurs communiquent entre elles par suite de la rupture de leurs parois et forment ainsi des vacuoles remplies d'un liquide et de cellules migratrices venues des vaisseaux des papilles. Ces vacuoles soulèvent la lame cornée de l'épiderme et forment les saillies de l'herpès; le liquide contenu dans les vésicules est acide, il est d'abord transparent, puis il devient blanc et opaque par la transformation graisseuse des cellules. Plus tard, la résorption de ce liquide s'opère, et il se forme une croûte par la dessiccation des éléments cellulaires.

(1) Neumann, *Traité des maladies de la peau*, trad. par Darin. Paris, 1880.

Symptômes. — L'herpès fébrile débute par une tache rose ou rouge, légèrement saillante, de forme arrondie, allongée ou irrégulière, et ordinairement d'une assez petite dimension. Le lendemain ou le soir même de son apparition, on voit se développer sur cette tache des vésicules du volume d'une tête d'épingle, arrondies ou acuminées, groupées les unes à côté des autres, au nombre de quatre, cinq, six ou dix. Ces vésicules forment ainsi des plaques d'une petite dimension, de 5 millimètres à 1 centimètre, mais qui peuvent quelquefois acquérir la dimension d'une pièce de deux francs ou de cinq francs en argent. Lorsque les plaques sont plus grandes, les vésicules sont habituellement plus volumineuses et peuvent acquérir la dimension d'un grain de millet ou même d'un grain de chènevis. Le liquide contenu dans ces vésicules est d'abord clair et transparent, le lendemain il devient louche et purulent, puis les vésicules se dessèchent promptement, et au bout de deux, de trois ou de quatre jours, elles sont remplacées par une croûte brune ou noire formée par le liquide desséché et par l'épiderme soulevé. Ces croûtes persistent pendant trois, quatre, sept ou huit jours, puis elles se détachent, et, en tombant, laissent à la place qu'elles occupaient une légère maculature rose qui ne tarde pas à disparaître; lorsque la croûte ne tombe qu'au bout de sept à huit jours, souvent il n'y a pas de tache après sa chute et l'épiderme a repris sa coloration normale. Il peut n'y avoir qu'une seule plaque d'herpès; le plus souvent il y en a plusieurs qui se développent simultanément ou successivement à un, deux ou trois jours d'intervalle; dans quelques cas plus rares, les plaques d'herpès sont plus nombreuses et plus étendues, c'est une véritable fièvre éruptive, qui a été désignée par quelques auteurs sous le nom d'herpès phlycténoïde; mais les circonstances dans lesquelles surviennent ces plaques sont les mêmes que celles qui accompagnent

l'herpès fébrile ordinaire, et cette éruption me paraît devoir être rattachée à la variété dont il est question ici, alors même qu'elle existe sur diverses régions de l'enveloppe cutanée.

A l'endroit où se développent les plaques d'herpès, les malades éprouvent assez habituellement une légère sensation de chaleur, de cuisson et de picotements qui commence avec les vésicules et qui cesse promptement au moment de leur dessiccation; mais ces symptômes locaux manquent quelquefois complètement.

Le siège le plus ordinaire de l'herpès fébrile est aux lèvres, d'où le nom d'*herpes labialis;* il peut se développer sur divers points de la muqueuse ou de la peau des lèvres, en formant quelquefois une sorte de cercle incomplet tout autour de la bouche; mais l'herpès est observé également sur le nez, autour de l'ouverture des narines, sur les paupières, sur les joues, sur les oreilles, sur le front. Beaucoup plus rarement, on trouve des plaques d'herpès au cou, sur les parties génitales et dans diverses régions. Dans un assez bon nombre de cas, en même temps que se sont développées des plaques d'herpès cutané, on en voit également survenir à l'intérieur des narines, à l'intérieur du conduit auditif externe et sur la conjonctive. Des vésicules, soit isolées, soit groupées, se montrent également dans la cavité buccale, à la face interne des lèvres et des joues, sur la langue et même sur la luette, sur les diverses parties du palais et sur les amygdales. Sur la surface extérieure des lèvres, l'herpès se manifeste sous forme de petites vésicules groupées qui se dessèchent très vite et qui sont remplacées par des croûtes sèches et aplaties formées presque exclusivement d'épiderme. Dans l'intérieur de la bouche, les vésicules, d'abord globuleuses et contenant un liquide tantôt clair, tantôt puriforme, se rompent vite et donnent lieu à des ulcérations très superficielles,

recouvertes en partie par un épithélium blanc ou grisâtre, peu adhérent et qui forme souvent une couche assez épaisse. Sur les amygdales, les vésicules, distendues par un liquide purulent, donnent lieu en se rompant promptement au bout d'un, de deux ou de trois jours, à une concrétion d'un blanc grisâtre, molle, assez adhérente, ayant l'apparence d'une véritable fausse membrane, mais en différant principalement par son origine, par sa mollesse, par sa circonscription très exacte et par son défaut absolu d'extension. Cet herpès de la gorge constitue une espèce d'angine s'accompagnant de douleur et de chaleur à la partie malade, ainsi que d'un sentiment ordinairement assez prononcé de gêne dans la déglutition. Cette angine, dite herpétique, qui a été indiquée par Bretonneau et Trousseau sous le nom d'*angine couenneuse commune* (1) et qui a fait le sujet d'un mémoire intéressant de Gubler (2), n'a pas échappé à l'observation de Bateman ; cet auteur en a indiqué les caractères et la marche en ces termes : « Sous l'influence des circonstances qui produisent l'*herpes labialis*, une sorte d'angine herpétique (*herpetic sore-throat*) coïncide souvent avec l'éruption développée sur les lèvres ; des vésicules semblables se développent sur la luette, sur les tonsilles, en amenant une forte douleur et une gêne assez grande de la déglutition. Les vésicules internes se trouvant sur une surface humide se rompent promptement et forment des ulcérations. La maladie cesse au bout de sept à huit jours, au moment où tombent les croûtes situées sur la surface interne des lèvres (3). » On voit par cette citation que cette espèce d'angine était connue et décrite bien avant le mémoire de Gubler.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition, 1885.

(2) Gubler, *Mémoire sur l'herpès guttural, angine couenneuse commune* (*Société médicale des hôpitaux de Paris* et *Union méd.*, 1857).

(3) Bateman, 7e édit., p. 335.

Quelques jours avant le développement de l'herpès, il existe ordinairement un mouvement fébrile très manifeste, et en l'absence d'une fièvre bien caractérisée, on peut constater au moins un sentiment de courbature, un malaise général, de l'inappétence et quelques phénomènes d'embarras gastrique. Assez souvent la fièvre cesse au moment où apparaît l'herpès, et, à cause de cette amélioration coïncidant avec le développement des vésicules, beaucoup d'auteurs ont considéré cette éruption comme un phénomène critique, dont l'apparition devait être regardée toujours comme un signe pronostique favorable. Mais cette manière d'envisager l'herpès n'est pas toujours en rapport avec l'observation, car dans un assez grand nombre de cas, on voit la maladie fébrile continuer son cours malgré le développement de l'herpès ; c'est ce qui arrive assez souvent dans l'embarras gastrique, dans la grippe et surtout dans la pneumonie.

On peut rapprocher de l'herpès fébrile une éruption qui survient à certaines femmes à l'époque de leurs règles. Cette éruption est constituée par des vésicules groupées ayant une marche aiguë ; elle siège quelquefois à la face et alors il n'y a pas de doute sur le diagnostic, tout le monde reconnaît l'existence d'un herpès; mais d'autres fois le groupe de vésicules se développe aux parties génitales, soit à la vulve, aux grandes ou aux petites lèvres, dans le repli vulvo-inguinal, plus rarement sur le pubis. Les vésicules sont très promptes à se rompre et la maladie se présente alors sous la forme d'ulcérations superficielles arrondies ou irrégulières. Il y a même un peu de chaleur, un peu de cuisson et un peu de démangeaisons. J'ai été consulté plusieurs fois par des femmes qui avaient une éruption semblable à chaque époque menstruelle et je dois ajouter qu'elle a persisté malgré le traitement.

J'ai déjà indiqué que la durée de la maladie était

courte ; les plaques d'herpès parcourent ordinairement leurs périodes d'éruption et de dessiccation dans l'espace de quatre à huit ou neuf jours. Lorsque les vésicules sont volumineuses et lorsque la maladie, caractérisée par un assez grand nombre de plaques, prend l'aspect de l'herpès dit phlycténoïde, il peut y avoir plusieurs éruptions successives, et la maladie peut se prolonger pendant quinze ou vingt jours.

Le *diagnostic* de l'herpès fébrile est très facile ; la maladie se reconnaît aisément à l'existence de vésicules groupées, en plaques, se desséchant rapidement, survenant principalement à la face et surtout près de l'ouverture buccale ; la préexistence d'un mouvement fébrile, d'un embarras gastrique ou d'un malaise général, pendant deux ou trois jours, vient encore aider au diagnostic. La réunion des vésicules en groupes, leur forme arrondie, leur dessiccation prompte, la formation de croûtes sèches et noirâtres, la marche rapide de la maladie, sont autant de caractères qui distingueront l'herpès fébrile de l'eczéma. Le petit volume des vésicules, la petite dimension des plaques, l'existence fréquente de l'éruption des deux côtés de la face, l'absence de douleurs névralgiques dans la région occupée par l'éruption, la marche rapide de la maladie, serviront à différencier l'herpès fébrile du zona.

Le *pronostic* de cette affection est toujours léger ; suivant la presque totalité des auteurs, l'apparition de l'herpès serait même un indice favorable annonçant la terminaison heureuse de l'affection fébrile dans le cours de laquelle il apparaît. J'ai déjà dit que l'observation attentive des faits ne permettait pas d'adopter cette proposition d'une manière absolue ; la terminaison heureuse dépend plutôt de la nature de la maladie principale, dont l'herpès n'est qu'un épiphénomène, que de l'éruption elle-même.

Dans ces derniers temps on a cité quelques cas d'herpès fébrile ayant présenté une forme maligne et même ayant été terminés par la mort : le docteur Lagout en a publié trois observations (Lagout, *Société méd. des hôpitaux*, 1873) ; le docteur J. Simon en a communiqué une autre, avec terminaison funeste, à la Société médicale des hôpitaux. Mais dans ces exemples, je pense que la gravité était bien plutôt due à la maladie, peut-être méconnue, accompagnant l'éruption herpétique, qu'à l'herpès lui-même. Un malade a une pneumonie avec herpès labial, il est gravement malade, il meurt même, personne ne pensera qu'on a eu affaire à un herpès malin.

Étiologie. — L'herpès fébrile se développe à tout âge ; mais il est surtout fréquent chez les jeunes sujets, c'est presque exclusivement chez les enfants qu'on observe ces plaques d'herpès larges et multiples que j'ai signalées. On a dit que cette affection était plus fréquente au printemps que dans toute autre saison ; cette assertion aurait besoin de nouvelles preuves. On a également avancé que l'herpès fébrile pouvait survenir d'une manière presque épidémique, sous l'influence d'une constitution médicale particulière ; il serait plus vrai de dire que ce sont les maladies que vient compliquer l'herpès qui sont épidémiques, ainsi qu'on peut en fournir des exemples pour la grippe, pour l'embarras gastrique, pour les angines, etc.

Les causes accidentelles les plus ordinaires de l'herpès fébrile sont un refroidissement ou une fatigue ; c'est sous l'influence de ces circonstances que survient l'herpès buccal et guttural. Mais, le plus habituellement, l'herpès fébrile n'est pas une maladie idiopathique, c'est une affection qui vient en compliquer une autre déjà existante, et parmi ces maladies pendant le cours desquelles se développe cette éruption, je signalerai le coryza, les angines inflammatoires, les fièvres intermittentes, la

fièvre éphémère, la grippe, l'embarras gastrique, la bronchite, la pleurésie et surtout la pneumonie; il est assez commun de voir l'herpès fébrile se développer aux environs des lèvres ou du nez dans les premiers jours d'une pneumonie, et le développement de cette éruption accessoire ne peut servir en rien au pronostic, quoi qu'on en ait dit. Il est encore assez commun de voir l'herpès fébrile se développer chez les femmes en couches, affectées de fièvre éphémère, d'embarras gastrique ou de métro-péritonite. On l'a noté également comme un symptôme habituel de la méningite cérébro-spinale épidermique. Il est d'observation générale que l'herpès fébrile ne se développe pas dans le cours de la fièvre typhoïde; quoique Hébra affirme que les médecins allemands ont pu constater quelquefois cette coïncidence, je persiste à penser que l'herpès ne se rencontre pas chez les malades atteints de fièvre typhoïde, ou du moins que ce fait est exceptionnel. Ce résultat de l'observation peut servir au diagnostic, en permettant de ne pas regarder comme devant prendre les caractères d'une fièvre typhoïde toute maladie fébrile au début de laquelle apparaissent les vésicules d'un herpès fébrile.

J'ai bien peu de chose à dire sur le *traitement* de l'herpès fébrile : c'est une maladie dont la marche est rapide et qui a une tendance constante à une terminaison heureuse. Le médecin n'a donc à intervenir que pour conseiller de respecter l'éruption, et de s'abstenir de lotions et de pommades qui pourraient faire tomber les croûtes trop tôt ou irriter la peau. Si l'on veut faire quelque chose pour diminuer la chaleur ou la douleur qui existe quelquefois au début, on peut saupoudrer les parties malades avec des poudres d'amidon, de sous-nitrate de bismuth ou de lycopode. Le véritable traitement devra s'adresser à la maladie fébrile principale, et variera par conséquent suivant la nature de cette affection. Je n'ai

pas à en parler ici, j'indiquerai seulement qu'il existe fréquemment avec l'herpès fébrile, et quelle que soit la maladie principale, un embarras gastrique qui nécessitera l'emploi de quelques tisanes acidules, d'un purgatif ou d'un éméto-purgatif.

Nature de l'herpès fébrile. — Plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai principalement Gintrac, Bazin, Lagout, mais surtout Parrot, ont considéré l'herpès fébrile comme une fièvre éruptive, comme une affection pseudo-exanthématique, pour me servir de l'expression de Bazin, et Parrot a décrit cette maladie sous le nom de fièvre herpétique, en la considérant comme un genre nosologique spécial, dans la classe des fièvres. J'avoue que je ne puis me ranger à cette opinion à cause des circonstances morbides variées au milieu desquelles on voit apparaître l'herpès. Si cette éruption ne se manifestait que dans le cas d'une fièvre synoque, ou dans l'embarras gastrique, je ne demanderais pas mieux de donner à ces maladies le nom de fièvre herpétique; mais, lorsqu'on voit l'herpès survenir à la suite d'un accès de fièvre intermittente, dans le cours d'une pneumonie, faire partie du cortège des symptômes d'une méningite cérébro-spinale, etc., il me paraît plus logique de considérer l'herpès comme une complication liée à l'état fébrile, comme un phénomène commun à plusieurs maladies et non comme un genre nosologique spécial. Quant à considérer l'herpès fébrile comme un phénomène critique annonçant une terminaison heureuse, ainsi que le professaient les anciens médecins, je ne pense pas qu'on puisse accepter cette opinion, cette éruption se montrant aussi bien dans les cas graves que dans les cas légers et le pronostic dépendant de la maladie principale et de son caractère bien plus que de l'éruption. Également, je ne saurais adopter l'opinion du docteur Lagout, qui cherche à établir une valeur pronostique, dans la pneumonie, à

l'herpès suivant son siège, l'éruption qui se montre à la lévre supérieure et qui se développe franchement, indiquant, suivant lui, une terminaison plus favorable que lorsque les vésicules siègent ailleurs, ou lorsque l'évolution en est incomplète.

DIXIÈME CLASSE

ÉRUPTIONS CONSTITUTIONNELLES

Dans la classe précédente des éruptions fébriles, nous avons vu que l'affection cutanée n'est qu'un effet secondaire, que l'expression d'un état aigu général, accidentel et momentané et qu'elle ne constitue que le phénomène le plus apparent de la maladie ; il en est de même pour les éruptions dont je vais présenter l'histoire, elles sont également secondaires, subordonnées à un état général dont elles ne sont que la manifestation extérieure ; seulement ces éruptions, au lieu d'être sous la dépendance d'un état accidentel, momentané, sont le résultat d'une disposition morbide, acquise ou innée, souvent permanente, mais en tout cas d'une longue durée. Ces éruptions sont des affections diathésiques, si l'on entend le mot *diathèse* comme exprimant une disposition morbide au développement successif ou simultané d'accidents de même nature ; je dirai également que ce sont des affections constitutionnelles, puisqu'elles se rapportent à une maladie générale affectant toute l'économie et pouvant se traduire par des phénomènes différents de siège et d'aspect, mais qui restent toujours sous la dépendance de la maladie principale, à laquelle on doit constamment penser alors qu'il s'agit du traitement.

Comme je l'ai déjà dit en exposant les bases de ma

classification (voy. p. 21), les éruptions qui rentrent dans cette classe des maladies cutanées constitutionnelles sont : *a.* les éruptions dartreuses; *b.* les scrofulides; *c.* les syphilides; *d.* les éruptions pellagreuses; *e.* les éruptions lépreuses ou léproïdes; *f.* les éruptions cancéreuses. Nous allons en présenter l'histoire dans l'ordre indiqué.

a. Éruptions dartreuses; diathèse dartreuse.

Historique. — Il est difficile de déterminer l'étymologie du mot *dartre*. Littré, dans son *Dictionnaire de la langue française*, se demande si dartre ne viendrait pas du celtique, dans lequel on trouve le mot *tarz*, comme signifiant éruption, et qui lui paraît se rattacher au mot sanscrit *dardru*. Ce que nous pouvons dire de mieux, c'est que dartre est la traduction française du mot grec et latin *herpès*. Dans le langage médical actuel, les adjectifs qualificatifs *dartreux* et *herpétique* sont synonymes, et représentent la même chose, tandis que le mot *herpès* n'est pas équivalent du mot *dartre;* la première expression, herpès, depuis les travaux de Willan, s'appliquant à une maladie de la peau déterminée, à un genre nosologique spécial, tandis que le mot *dartre* est resté un terme général qui sert habituellement à désigner un groupe particulier, plus ou moins défini, des maladies cutanées, comprenant plusieurs genres (voy. p. 651). Ainsi entendu, ce mot *dartre* soulève plusieurs questions de doctrine diversement acceptées; je vais m'appliquer à les exposer, à les discuter; et je m'efforcerai de les résoudre, en m'appuyant sur l'observation attentive et impartiale des faits pathologiques.

Introduit dans la langue française, au quatorzième ou au quinzième siècle, par un auteur dont le nom est

maintenant inconnu, le mot *dartre*, pour les médecins et même pour les gens du monde, s'appliquait à des maladies de la peau d'un aspect désagréable, d'une durée longue, et sujettes à récidiver; ces éruptions d'ailleurs étant considérées le plus ordinairement comme de cause interne et comme se développant sous la dépendance d'un principe particulier désigné sous le nom de vice ou de virus dartreux. Plus tard, sous l'influence de Mercuriali (1) et de Turner (2), on restreignit la signification de ce mot *dartre*, en l'appliquant aux éruptions siégeant sur le corps, et en désignant sous le nom de teignes les affections du cuir chevelu. Mais, même ainsi limitées, on comprend tout ce que ces expressions, dartre, maladies dartreuses, avaient de vague et d'indéterminé, et combien il était difficile de les défendre devant une critique un peu sérieuse. La première attaque vint de Willan, lequel, à la fin du siècle dernier, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, chercha à classer et à dénommer les maladies de la peau d'après leurs lésions élémentaires. Laissant de côté la question de nature des maladies, pour ne considérer que leurs caractères extérieurs, Willan devait regarder le mot *dartre* comme vide de sens et comme ne représentant rien dans sa doctrine; il proposa donc de le rayer du vocabulaire médical. Il fut en cela imité et surpassé par ses élèves en Angleterre et en France, et encore aujourd'hui, pour beaucoup de médecins, le mot *dartre* est une expression vague, sans signification précise, et qu'on aurait tort de conserver. Cette sentence cependant n'a pas été complètement exécutée : dans le langage médical on continue à désigner sous la qualification générale de dartres et de maladies dartreuses, certaines affections cutanées rebelles, répu-

(1) Mercuriali, *De morbis cutaneis*. Venetiis, 1572.
(2) Turner, *Treatise on the diseases incident in the Skin*. London, 1714, traduct. franç. Paris, 1743.

tées héréditaires et paraissant dépendre d'un vice constitutionnel. Dans ses ouvrages sur les maladies de la peau, en 1810 d'abord, puis en 1832, Alibert, proposant une classification scientifique des maladies cutanées, fondée sur leurs caractères principaux, donna le nom de dartre à une de ses classes, et à côté des maladies exanthémateuses ou fièvres éruptives, à côté des maladies eczémateuses ou inflammatoires, à côté des teignes, éruptions spéciales du cuir chevelu, il admit des éruptions dartreuses caractérisées principalement par leur longue durée et par leur tendance à s'étendre. Pour légitimer cette classe, il se fonda d'ailleurs surtout sur les traits principaux de ressemblance qui existent réellement entre les différentes maladies qu'il y fit entrer, lesquelles étaient l'herpès (comprenant l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis), le varus ou acné, la mélitagre ou impétigo, et l'esthiomène ou lupus.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut défendre complètement la classe des dartres telle qu'elle a été proposée par Alibert. Les caractères spéciaux de ces éruptions sont à peine indiqués par lui ; pour les associer, il se contente de constater entre elles un air de famille, une ressemblance apparente, et il réunit ainsi des maladies réellement bien différentes, telles que l'eczéma et l'esthiomène. Et cependant, si on énumère les maladies de la peau et si on cherche à les classer d'après leur nature, c'est-à-dire d'après leurs caractères principaux qui font supposer une nature semblable, on ne tarde pas à voir qu'il en existe plusieurs qui, par leur siège anatomique superficiel, par leur ténacité, par leurs récidives fréquentes, par leurs symptômes principaux, par leurs causes habituelles, semblent mériter ce nom de dartre que nous ont légué nos devanciers. Pour ma part, frappé de ces faits, je n'hésite pas à dire que ce mot doit rester dans la science, et je crois qu'on doit admettre

sous la dénomination de maladies dartreuses une classe particulière de maladies cutanées, laquelle devrait être acceptée à la condition que ses caractères seront bien déterminés et réellement distinctifs. Mon collègue et ami Bazin, auquel la dermatologie doit tant de progrès, était également d'avis de conserver le mot *dartre;* et pour lui, la dartre, synonyme d'*herpetis*, est une maladie constitutionnelle spéciale; les affections dartreuses ou herpétiques, ou encore, comme il propose de les appeler, les herpétides, sont les manifestations cutanées de cette maladie. Dans ma manière d'envisager le sujet en question, il existe entre Bazin et moi des divergences d'opinions assez nombreuses et assez importantes; je les exposerai un peu plus loin, mais je constate seulement ici notre accord en ce point : c'est qu'il est des maladies cutanées auxquelles on doit conserver le nom nosologique de dartres.

Caractères généraux des dartres. — Maintenant, invoquant ma manière de voir personnelle, je dirai que je considère comme appartenant à la classe particulière des dartres des affections non contagieuses de la peau, constituées par des lésions élémentaires diverses, siégeant dans le corps muqueux et dans la partie profonde de l'épiderme, tendant à s'étendre, affectant habituellement une marche chronique, disposées aux récidives, s'accompagnant le plus ordinairement d'une sensation de cuisson ou de prurit, disparaissant sans laisser de cicatrices, et se développant fréquemment sous l'influence de l'hérédité. Je vais développer ces propositions en présentant l'histoire générale des maladies dartreuses.

Les dartres ne sont pas contagieuses; c'est là un premier point sur lequel nous devons insister, et qui établit une distinction importante entre les affections dartreuses et les éruptions parasitaires, maladies qu'on a longtemps confondues. On a cité quelques exemples de

personnes, et particulièrement d'enfants, ayant été affectés d'eczéma ou d'impétigo après avoir été en communication avec d'autres personnes atteintes de la même maladie ; mais, dans ces circonstances, il ne suffit pas de constater le fait brut, il faut encore examiner les circonstances qui peuvent l'éclairer, et plus souvent on trouvera dans les observations citées, que les malades étaient de la même famille, et qu'on pouvait admettre la même cause constitutionnelle d'origine commune et héréditaire ; que souvent ils demeuraient ensemble, et qu'ils s'étaient trouvés soumis aux mêmes influences hygiéniques, lesquelles pouvaient avoir amené le même résultat, soit simultanément, soit successivement, chez plusieurs personnes placées dans les mêmes conditions. J'ajouterai encore que, dans les exemples cités par plusieurs auteurs, et en particulier par Devergie (1), le diagnostic n'a peut-être pas toujours été rigoureusement exact : les sillons caractéristiques de la gale sont souvent difficiles à reconnaître au milieu des altérations cutanées bien plus apparentes de l'eczéma ou du lichen ; l'herpès circiné, à forme nummulaire, ressemble beaucoup à un lichen circonscrit. Il est donc possible que, dans les cas cités d'eczéma ou de lichen transmis par contagion, on ait méconnu une affection parasitaire mal caractérisée, ou masquée par une autre maladie. Ce qui est bien acquis certainement aujourd'hui pour tout le monde, c'est qu'il est impossible, en agissant dans un but d'expérimentation, de faire développer sur une personne saine et indemne de toute disposition spéciale une affection dartreuse quelconque, par le contact ou par l'inoculation de matières épidermiques ou séro-purulentes provenant d'un eczéma, d'un lichen, ou de toute

(1) Devergie, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris, 1862.

autre affection herpétique. J'ai vu plusieurs fois des personnes qui soignaient et qui pansaient des malades atteints d'eczéma ou d'impétigo avec sécrétion considérable, se piquer avec des épingles imprégnées de cette matière séro-purulente, ou mettre cette même matière en contact avec des érosions cutanées, et en être malades; mais, dans ces circonstances, ce n'était ni un lichen ni un eczéma qui survenait; on voyait se développer une inflammation simple de la peau, un érythème ou un abcès dermique plus ou moins profond, quelquefois même un panaris. Ces accidents étaient le résultat du contact ou de l'inoculation d'une matière putride irritante, mais on ne pouvait y voir une véritable contagion. Je conclus en disant qu'il est inutile d'isoler les dartreux, et qu'on peut les soigner sans craindre de contracter leur maladie.

Les éruptions dartreuses se présentent avec des lésions élémentaires variées. Je puis dire que toutes les lésions initiales admises par l'école anglaise peuvent se retrouver dans les dartres, même la bulle qui peut être le résultat de l'agglomération et de la réunion de plusieurs vésicules, même le tubercule qu'on rencontre dans quelques cas d'eczéma ancien. La considération de l'élément initial ne peut donc servir en rien pour caractériser la nature dartreuse d'une éruption. Tantôt, pendant tout le cours de l'affection, il n'existe qu'une seule et même lésion, comme dans le psoriasis, par exemple, qui ne présente toujours que des squames, et dans quelques cas d'eczémas caractérisés au début par des vésicules qui se dessèchent ensuite pour se terminer par des croûtes et des squames, lésions consécutives de la vésicule. Mais plus ordinairement il existe, simultanément ou successivement, dans la même affection, plusieurs lésions élémentaires. Quoi de plus commun, par exemple, que de voir dans l'eczéma ou dans le lichen une réunion de vési-

cules, de pustules, de papules et de squames? Comme je le dirai avec plus de détails en traitant particulièrement de l'eczéma, rien n'est plus fréquent que de voir cette maladie débuter par des taches exanthématiques ou par des squames, et présenter dans son cours une évolution de vésicules, de pustules et de papules. C'est à tort que Bazin a prétendu que cette réunion des éléments éruptifs appartient à la maladie dite par lui arthritis, tandis que dans les dartres on observerait la simplicité des lésions primitives. Je puis affirmer que, dans un grand nombre d'éruptions bien manifestement dartreuses pour tous ceux qui admettent la réalité des dartres, on rencontre ce mélange de plusieurs lésions élémentaires dont le lichen et l'eczéma nous présentent surtout des exemples.

Quelquefois les éruptions dartreuses débutent en envahissant la plus grande partie de l'enveloppe cutanée : l'eczéma rubrum, le pityriasis rubra, quelques cas de psoriasis, nous en offrent des exemples; mais, le plus habituellement, la maladie se présente d'abord dans une région plus ou moins circonscrite, à la face, aux mains, aux membres inférieurs. Bien rarement l'éruption reste bornée à la partie primitivement atteinte ; ordinairement elle s'étend soit en envahissant les endroits voisins, soit en se développant dans des régions éloignées, séparées du lieu primitivement atteint par des parties saines. Cette tendance à s'étendre est un des caractères bien tranchés des affections dartreuses, et par cela seul qu'on constate sur une partie quelconque de la peau une éruption de nature dartreuse, on doit prévoir l'extension de la maladie sur d'autres régions. Relativement au développement de l'éruption, je dois signaler aussi un autre caractère habituel, c'est la symétrie qu'affectent les éruptions : on retrouve fréquemment la même maladie cutanée des deux côtés du corps, dans

des régions similaires et correspondantes, aux deux oreilles, aux deux joues, aux deux mains, aux deux coudes, aux deux mollets, aux deux pieds. Quelquefois la maladie se développe simultanément des deux côtés; d'autres fois, ce n'est qu'au bout de quelques jours ou de quelques semaines que la symétrie vient à s'établir, par une poussée éruptive de l'autre côté du corps, dans la partie correspondante à la région déjà atteinte.

Même dans les cas où la maladie se généralise, il est rare que l'éruption envahisse la totalité de l'enveloppe cutanée; quelques parties restent saines, et ce défaut de généralisation absolue devient un précieux moyen de diagnostic dans quelques cas embarrassants où l'hésitation est possible entre deux maladies distinctes, mais dont les caractères spéciaux sont mal déterminés dans le moment où le malade est examiné. C'est ainsi qu'on pourra souvent distinguer le pemphigus foliacé d'un eczéma généralisé parvenu à sa période de desquamation : dans les deux maladies on trouve des squames, des croûtes, souvent une sécrétion séro-purulente et des excoriations superficielles; mais dans le pemphigus, la totalité de la peau est atteinte, l'affection est véritablement universelle; dans l'eczéma le plus généralisé on trouve toujours quelques portions de peau saine.

On ne peut rien dire de particulier relativement au siège topographique des affections dartreuses. Elles peuvent se rencontrer indistinctement dans toutes les régions; la tête et les membres sont peut-être cependant plus souvent atteints que le tronc. Quant au siège élémentaire, il varie un peu, suivant les genres de maladie; mais en général, les éruptions dartreuses n'affectent que la partie superficielle de la peau, le corps muqueux et l'épiderme; le derme est respecté, ce qui explique l'ab-

sence de cicatrices qu'on constate habituellement après la guérison, même dans le cas d'ulcérations.

Les éruptions dartreuses sont souvent accompagnées d'un sentiment de chaleur, de cuisson, de douleur même, dans la région atteinte ; mais le phénomène local le plus commun et le plus marqué consiste dans un prurit souvent irrésistible, et qui pousse les malades à se gratter. De là fréquemment des excoriations, l'augmentation des phénomènes inflammatoires locaux et la prolongation de la maladie. Cette démangeaison, variable dans son intensité, est tantôt continuelle, tantôt intermittente; habituellement, elle revient ou elle redouble le soir, au moment où les malades se mettent au lit. Chez quelques-uns, elle se calme au bout d'un temps plus ou moins long ; chez d'autres, elle se prolonge plusieurs heures, quelquefois même toute la nuit, et il en résulte alors une insomnie partielle ou totale qui fatigue considérablement et qui peut amener un malaise général, et particulièrement de l'inappétence et de l'amaigrissement. L'intensité, le caractère de la démangeaison ou de la douleur locale, varient suivant les individus, et ne nous ont pas paru pouvoir servir d'indice relativement à la nature spéciale de la maladie cutanée. Bazin professait, au contraire, que le prurit, la véritable démangeaison, constitue un des caractères les plus tranchés des éruptions dartreuses, tandis que dans les affections qu'il appelle arthritiques la sensation de prurit franc serait rare, et la douleur consisterait dans des élancements, des picotements et des fourmillements. D'autre part également, suivant le même auteur, la cuisson, la démangeaison, la douleur, n'existeraient qu'à un degré très faible dans les éruptions de nature scrofuleuse. Je ne puis accepter dans toute leur rigueur ces opinions de Bazin ; je crois que bien des exceptions existent à ces règles générales ; et d'ailleurs, même en admettant que les éruptions soient

peu douloureuses chez les scrofuleux, et qu'elles s'accompagnent de picotements et d'élancements chez les individus nerveux ou goutteux, je me refuse à trouver dans ces modifications un indice d'une diversité de nature ; j'y vois seulement le reflet du tempérament ou de la susceptibilité morbide du malade. Tout le monde sait que chez les scrofuleux, ou même chez les individus lymphatiques, les maladies s'accompagnent de peu de réaction, de peu de douleur, tandis qu'au contraire, chez les sujets nerveux, chez les malades sujets à la goutte, la moindre maladie donne lieu à des douleurs vives, lancinantes, qui s'exaspèrent facilement sous l'influence du froid ou des changements atmosphériques. Pour expliquer ces modifications de la sensation douloureuse, on n'a donc pas besoin d'aller chercher une différence de nature dans l'éruption, qui serait dartreuse si le prurit est vif ou persistant, arthritique si les malades ressentent des élancements ou des picotements, et encore scrofuleuse, si la démangeaison est peu vive. On peut expliquer ces variétés dans l'intensité et dans la variété de la sensation morbide douloureuse, par la qualité du sujet, par son degré de susceptibilité ou de réaction nerveuse, et je fais de cette différence une question de terrain, et non de nature spéciale de la maladie cutanée. Pour corroborer cette manière de voir, et pour fournir encore une objection à la doctrine de Bazin, j'ajouterai qu'il n'est pas rare de constater successivement chez le même sujet, et dans le cours de la même affection cutanée, des picotements, des élancements, un prurit intense, et même, à certains moments, une absence à peu près complète de toute sensation douloureuse.

A part les phénomènes locaux de chaleur, de douleur et de prurit que je viens de signaler, il est rare que les éruptions dartreuses éveillent une réaction générale et fébrile. Au début cependant, dans quelques cas d'érup-

tions généralisées, lorsqu'elles se développent promptement et d'une manière tout à fait aiguë, il peut exister un malaise général, une sensation d'endolorissement de tous les membres, de l'inappétence, de l'insomnie, et même de la fièvre. Ces phénomènes sont ordinairement de courte durée, et, le plus ordinairement, sauf quelques douleurs à l'endroit atteint par le fait des mouvements, sauf les sensations morbides locales de prurit ou de chaleur, les malades jouissent de tous les attributs d'une bonne santé; leurs fonctions s'exécutent régulièrement; souvent même ils ne se portent jamais mieux que lorsque les éruptions dartreuses se sont manifestées; et chez quelques malades atteints antérieurement de douleurs rhumatismales ou névralgiques, de gastralgie, de bronchites chroniques, d'étourdissements ou autres malaises, le développement d'une éruption dartreuse coïncide avec la disparition du trouble fonctionnel habituel et antérieur. Dans les cas où la maladie cutanée s'accompagne d'une sécrétion séro-purulente, ou même épidermique considérable, il peut y avoir pour l'économie une perte réelle qui se traduit par l'altération des fonctions digestives, par de la faiblesse générale et par de l'amaigrissement. Ces phénomènes généraux sont observés principalement chez les individus faibles ou âgés. Comme je l'ai dit tout à l'heure, l'intensité des douleurs et du prurit peut amener le même résultat.

Quelques éruptions dartreuses peuvent être aiguës et disparaître après quelques jours ou quelques semaines; mais le plus habituellement ces maladies ont une marche chronique, et elles se prolongent pendant des mois et même des années, avec des variations dans leur intensité et dans leur étendue. Comme un fait important dans leur histoire, je dois noter également la facilité, je dirai même la fatalité de leurs récidives. Il est bien rare qu'un malade qui fournit une carrière moyenne, relativement

à la durée de la vie, ne soit atteint qu'une seule fois d'une maladie dartreuse : dans le cours de son existence il aura toujours à compter avec cette affection, et il en subira les atteintes à des intervalles plus ou moins rapprochés, quelquefois à une ou deux années de distance, quelquefois après un espace de dix, de quinze ou de vingt ans. En général, la durée, l'étendue et l'intensité des maladies cutanées vont en augmentant avec l'âge et avec le nombre des récidives. Chez les gens âgés, souvent l'affection cutanée prend droit de domicile et s'établit définitivement, sans qu'il soit possible d'obtenir autre chose qu'une amélioration relative et momentanée.

On ne doit pas omettre non plus de signaler comme un fait important et caractéristique des affections dartreuses, la disparition totale des éruptions, lorsque la guérison se produit, sans qu'il reste aucune trace de la maladie. Dans la région où existait l'affection cutanée, il ne reste après la guérison ni cicatrice, ni macule, quand bien même des ulcérations superficielles auraient eu lieu, quand bien même la peau aurait été notablement altérée comme dans quelques cas de lichen ancien. Je ferai cependant une réserve pour les eczémas des jambes à marche très chronique, se développant chez des gens âgés, et particulièrement associés à des varices : après la guérison, il reste souvent, non pas des cicatrices, mais des taches pigmentaires brunes, lesquelles sont d'ailleurs encore moins sous la dépendance de l'eczéma passé que de la congestion sanguine due aux varices. Cette absence habituelle de cicatrices et de traces consécutives établit une ligne de démarcation bien tranchée entre les affections dartreuses et les scrofulides, ces dernières ne disparaissant qu'en laissant une cicatrice déprimée ou saillante, réticulée comme celle d'une brûlure, même dans les cas où la maladie, dans aucune de ses phases, n'a présenté d'ulcération. Cette guérison sans cicatrices

doit dépendre d'ailleurs du siège superficiel des éruptions dartreuses; dans ces maladies, plusieurs éléments de la peau sont certainement affectés : le corps muqueux, les papilles, les diverses parties de l'appareil sudoripare, le réseau vasculaire, l'épiderme sont atteints, soit simultanément, soit séparément; mais le derme lui-même est rarement affecté, la partie véritablement solide de la peau, son squelette, si je puis m'expliquer ainsi, est intact, et cette intégrité peut expliquer comment la maladie ne laisse ni dépression ni traces.

Outre les éruptions, qui constituent le phénomène le plus apparent et le plus important des maladies dartreuses, on doit se demander s'il existe encore chez les personnes atteintes de ces affections quelques troubles fonctionnels assez particuliers et assez fréquents pour qu'on puisse y voir le résultat d'une même cause morbide. Relativement au tempérament, à la constitution, à l'habitude extérieure, on ne peut constater rien de spécial; les affections dartreuses se montrent avec tous les tempéraments, avec toutes les constitutions, aussi bien chez les gens gras que chez les gens maigres. Nous ne pouvons admettre cette proposition de Bazin, que les dartres sont l'apanage des individus maigres, tandis que les arthritides coïncideraient avec l'embonpoint. J'ai constaté souvent des éruptions évidemment dartreuses pour Bazin et pour moi, qui s'étaient développées chez des gens gras, et des eczémas et des lichens présentant les caractères des éruptions dites arthritiques par Bazin, qui se rencontraient chez des individus très maigres.

Les fonctions digestives s'exécutent ordinairement d'une manière assez régulière chez les malades dits dartreux. C'est à tort que Biett et ses élèves ont signalé chez eux des diarrhées rebelles; j'ai rencontré ce phénomène assez rarement pour le considérer comme une simple complication. Mais il est plus ordinaire d'observer des

gastralgies et des dyspepsies, avec ou sans prédominance des acides de l'estomac. Assez souvent on constate chez les dartreux des affections de la langue, avec développement exagéré des papilles ou avec des ulcérations superficielles, des plaques épithéliales dans la bouche, de l'angine granuleuse, des bronchites, des coryzas, et surtout les différentes variétés de l'asthme, avec ou sans emphysème pulmonaire.

La leucorrhée, les ulcérations superficielles du col utérin, sont assez communes chez les femmes atteintes d'éruptions dartreuses. On a admis également chez les hommes des écoulements uréthraux survenant sans contact virulent. Ces blennorrhagies dartreuses sont rares, mais on ne peut les nier; j'en ai sous les yeux dans ce moment même un exemple bien authentique. On doit surtout admettre qu'un individu dartreux qui a été atteint d'une blennorrhagie dans les conditions ordinaires est très sujet aux récidives de cette affection, même en dehors d'un nouveau contact virulent.

Je dois signaler encore, comme une chose fréquente chez les dartreux, l'existence des névralgies, principalement des névralgies faciales et sciatiques. Les gastralgies, comme nous l'avons déjà dit, même les entéralgies, mais plus rarement, ont été également observées. Bazin signale comme un fait ordinaire dans une certaine forme d'éruption qu'il appelle arthritique, l'existence antérieure ou subséquente du rhumatisme articulaire ou musculaire. J'ai rencontré en effet, dans un assez grand nombre de cas, des douleurs rhumatismales actuelles ou antérieures; mais je suis plus porté à expliquer ce fait par la fréquence très grande de ces affections que par le fait d'une même cause commune qui produirait également des douleurs rhumatismales et des éruptions.

Dans les affections des membranes muqueuses qui se développent chez les individus dartreux, la maladie n'est

quelquefois que l'extension de l'éruption cutanée qui gagne la muqueuse. Tels sont la conjonctivite, le coryza, qui sont observés quelquefois dans l'eczéma de la face, la stomatite, dans l'eczéma des lèvres, la vaginite, la métrite même, qui sont consécutives à l'eczéma ou au lichen des parties génitales; telles sont les fissures à l'anus et l'inflammation des tumeurs hémorrhoïdales qui suivent certaines éruptions du périnée. Mais, d'autres fois, on ne peut expliquer l'affection des muqueuses par l'extension simple : entre la partie de peau malade et la muqueuse atteinte, il y a des parties saines, il n'y a pas de continuité. C'est ainsi que nous voyons des angines granuleuses, des leucorrhées, des bronchites, de l'asthme, coïncider avec des affections dartreuses siégeant dans des régions variées. Il faut admettre dans ces cas, pour expliquer la coïncidence de ces faits, une cause commune, d'une part, et de l'autre l'analogie de structure du tégument externe et du tégument interne.

Lorsque ces affections internes existent, tantôt elles coïncident avec les éruptions cutanées; d'autres fois elles se montrent lorsque la peau est devenue saine, et quelquefois même il y a une véritable alternance entre les éruptions externes et les affections internes. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir des gastralgies ou des dyspepsies rebelles, des névralgies, de l'asthme ou des bronchites avec sécrétion muqueuse abondante, se développer peu de temps après qu'a disparu un eczéma ou toute autre affection dartreuse, et céder, au contraire, lorsque cette éruption se manifeste à l'extérieur. Cette alternance des affections internes et externes a donné lieu à la doctrine de la répercussion des dartres : on a dit qu'il était dangereux de guérir les affections chroniques de la peau, et que leur disparition entraînait des désordres internes bien plus graves. Nous ne pouvons nier que souvent des éruptions anciennes et rebelles disparaissent

au moment où une maladie interne se développe; mais nous croyons, dans ces cas bien réels, qu'on a mal apprécié la coordination des faits. Le plus ordinairement, la disparition de l'affection cutanée ne précède pas, mais suit les premiers phénomènes de la maladie intercurrente; elle en est l'effet et non la cause, et la preuve, c'est que fréquemment on les voit revenir au moment de la convalescence de la maladie aiguë incidente. D'autres fois cependant cette explication ne peut être acceptée, et il y a un véritable rapport entre l'affection interne et l'éruption, et il s'établit entre elles un véritable balancement. J'ai rencontré assez fréquemment des bronchites chroniques présentant particulièrement les symptômes du catarrhe pulmonaire, qui se développaient au moment où des eczémas anciens et très sécrétants venaient à guérir. Mais ce ne sont pas là des métastases, à proprement parler; ce sont des effets d'une même cause agissant successivement ou simultanément sur la peau et sur les membranes muqueuses, et dans ce balancement même il ne faut pas voir une répercussion, mais le fait de cette loi si bien formulée par Hippocrate, et qui indique que lorsque deux maladies existent simultanément, la plus grave efface l'autre. Je reviendrai d'ailleurs sur ces circonstances à propos du traitement.

Enfin, dans l'histoire des dartres, et à propos des maladies qui se développent assez fréquemment chez les individus atteints de ces affections, je dois dire un mot du cancer. Un des premiers à notre époque, j'ai signalé le rapport qui me paraît exister entre les dartres et le cancer; le même fait a été constaté par Bazin. D'après de nombreuses observations que nous avons été à même de recueillir, nous pensons tous deux que le cancer se rencontre assez fréquemment chez des personnes qui ont présenté antérieurement et à plusieurs reprises, des éruptions dartreuses; Bazin considère même le cancer comme

une des manifestations tardives de la dartre et de l'arthritis. Pour moi, je n'irai pas si loin; je n'établis pas un rapport direct entre les éruptions dartreuses et le cancer, je ne reconnais pas entre ces maladies une identité de nature, je me contente de constater la fréquence des éruptions dartreuses chez les cancéreux, et de considérer l'existence antérieure de ces éruptions comme indiquant une prédisposition au cancer.

Étiologie. — Après avoir indiqué les détails symptomatiques qui se rencontrent dans les éruptions dartreuses, je dois encore mentionner, pour achever leur histoire et pour les caractériser davantage, les conditions étiologiques sous l'influence desquelles elles se développent habituellement, et qui sont les mêmes pour les diverses éruptions que nous comprenons sous l'expression générique de dartres; cette communauté d'origine est une raison de plus pour établir l'identité de nature de ces éruptions. Parmi ces conditions, une des plus importantes, sans contredit, c'est l'hérédité. Il est très ordinaire de retrouver chez les parents des dartreux des maladies de la même nature. Cette transmission est observée quelquefois directement soit de la mère, soit du père aux enfants; quelquefois ce n'est que chez les grands-parents, chez les oncles ou chez les tantes, que l'on peut constater l'existence de la maladie. Dans certains cas même, les parents paraissent avoir été sains, mais plusieurs enfants de la même famille, frères ou sœurs, sont atteints d'une même affection dartreuse. Cette influence héréditaire a été reconnue par tous les médecins, même par ceux qui refusent d'admettre une classe de maladies dartreuses; elle n'est pas toujours facile à établir chez les malades des hôpitaux, peu soucieux de leur santé, et, en général, très ignorants des maladies de leurs ascendants et des membres de leur famille; mais dans la pratique civile il est très ordinaire de pouvoir constater

cette transmission héréditaire et de pouvoir suivre la filiation des maladies dartreuses sur deux et quelquefois même sur trois générations.

Dans la majorité des cas c'est la même maladie qui se transmet, soit avec la même forme, soit avec les caractères d'une autre variété. Ainsi, dans la famille d'une personne atteinte d'eczéma, on retrouvera soit la même affection, soit de l'impétigo, du lichen ou du pityriasis, que je considère comme ne constituant que des variétés de l'eczéma; dans telle autre famille on ne constatera, comme antécédent morbide, que du psoriasis; néanmoins, malgré les ressemblances assez grandes du psoriasis et de l'eczéma, ressemblances telles, que ces deux maladies doivent être placées dans le même ordre nosologique, je ne les ai vues que bien rarement exister simultanément ou successivement chez les membres d'une même famille.

Tout en admettant la transmission héréditaire, on ne peut pas cependant l'invoquer pour expliquer la manifestation des éruptions dartreuses chez tous les malades; il est hors de doute que, pour un certain nombre de personnes, les renseignements les plus précis ne fournissent que des résultats négatifs relatifs à la santé des ascendants, et qu'il faut admettre alors une prédisposition spontanée, tout à fait individuelle, née avec l'organisme, laquelle prédisposition se manifeste par le développement de la maladie et par ses nombreuses récidives.

La disposition innée, héréditaire ou spontanée, est la véritable cause des maladies dartreuses; mais, accessoirement, plusieurs circonstances exercent une action réelle et puissante sur les manifestations de la maladie. Je parlerai peu du sexe, de l'âge et du tempérament; si ces conditions peuvent influer sur la forme particulière des éruptions, je ne puis rien indiquer de spécial aux maladies dartreuses en général, qui sont observées à peu près

indifféremment chez l'homme et chez la femme, à tous les âges et avec tous les tempéraments. Mais je dois vous signaler comme ayant une action évidente sur la production des éruptions dites dartreuses, certains aliments, les excès, l'application des substances irritantes sur la peau et les émotions morales.

Tous les auteurs ont signalé l'influence fâcheuse des coquillages, des poissons et surtout des poissons salés, du porc et de la charcuterie. J'ajouterai à ces aliments le gibier, et particulièrement le gibier noir et le gibier faisandé, et aussi les noix, les fraises, peut-être même les framboises. Le vin pur, la bière un peu forte, les boissons alcooliques, le café, ont également la propriété fâcheuse de déterminer des éruptions de nature dartreuse.

Les excès de tout genre, particulièrement les excès de table, les veilles prolongées et habituelles, quelles que soient leurs causes, ont la même influence.

Mais une des causes fréquentes des manifestations cutanées dartreuses, c'est le contact sur la peau de substances âcres et irritantes. L'application d'une pommade, d'un liniment, d'un emplâtre, des frictions sèches même, détermineront souvent, chez les dartreux, l'apparition d'une des variétés de l'eczéma. Le même effet est produit par le séjour un peu prolongé de l'urine ou des matières fécales chez des enfants ou chez des paralytiques. Dans certaines professions qui exposent au contact habituel de substances irritantes, on voit fréquemment des éruptions dartreuses survenir aux mains, et souvent de là s'étendre à diverses régions du corps. C'est ce que nous voyons chez les épiciers, chez les confiseurs et chez les garçons de café, qui touchent continuellement du sucre, chez les cuisiniers et cuisinières, dont les mains sont en contact avec des substances sales, chez les vernisseurs, les teinturiers et autres, qui se servent habituellement de divers produits chimiques. Chez les individus non disposés aux

éruptions dartreuses, l'exercice de ces professions n'entraîne aucun inconvénient ou ne détermine qu'un léger érythème; mais chez les dartreux, le contact de substances irritantes produit une éruption spéciale qui récidive fréquemment et qui nécessite souvent le changement de profession. L'exposition habituelle à une grande chaleur peut amener le même résultat : on voit les individus atteints d'eczéma aux jambes pour s'être trop approchés du feu; les boulangers, exposés au feu ardent du four, et qui d'ailleurs passent habituellent les nuits, sont fréquemment atteints d'eczémas et de psoriasis; l'action du feu, associée au contact de substances sales et irritantes, contribue aux éruptions des cuisiniers.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, j'insisterai sur l'influence bien évidente des émotions morales, et particulièrement du chagrin et de la frayeur. J'ai constaté trop souvent cette cause toute spéciale des maladies dartreuses, pour ne pas lui faire une part dans l'étiologie des dartres; j'ai observé plusieurs fois des eczémas survenus après une perte de famille vivement sentie, après des revers de fortune, après des déceptions; j'ai constaté le développement d'un psoriasis chez un homme de cinquante-cinq ans qui avait failli se noyer; j'ai vu la même maladie apparaître pour la première fois chez deux malades qui avaient été renversés dans les rues par des voitures, et qui, sans avoir été blessés gravement, avaient éprouvé une grande frayeur. Je le répète, ce point d'étiologie me paraît hors de toute contestation, et, sur ce sujet, Bazin était du même avis que moi; il admettait pour les dartres l'influence des émotions morales, et il se servait même de cette cause pour établir un caractère distinctif entre les éruptions dartreuses et arthritiques, les premières, suivant lui, étant seules susceptibles de se développer ou de s'exaspérer par le chagrin ou par la peur.

Classification des maladies dartreuses. — Je viens de

décrire les principaux phénomènes des maladies dartreuses; mais, avant d'aller plus loin, je dois dire quels sont les genres nosologiques qui me paraissent devoir figurer dans cette classe. Sous ce rapport, tous les auteurs ne sont pas d'accord, même en ne parlant que de ceux qui admettent la légitimité de cette classe de maladies. C'est ainsi qu'Alibert fait entrer dans son cadre des dermatoses dartreuses (1), quatre genres : 1° l'herpès; 2° la mélitagre; 3° le varus; 4° l'esthiomène; l'herpès comprenant l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis même; la mélitagre répondant à l'impétigo; le varus s'appliquant à l'acné et à ses principales variétés; l'esthiomène représentant la maladie désignée habituellement par le mot *lupus*. Tout en admettant les bases principales de la classification d'Alibert, c'est-à-dire la détermination des classes par l'étude de tous les caractères des maladies, on ne saurait, dans l'état actuel de la science, maintenir dans la même classe les genres proposés par cet auteur pour composer l'ordre des dartres. La première objection me paraît devoir s'adresser à l'acné; son siège spécial dans les follicules, ses limites dans certaines régions du corps, son apparition à certaines époques de la vie, et particulièrement à la puberté et à l'âge adulte, la guérison de plusieurs de ses formes par des cicatrices très apparentes, en font une maladie trop différente de l'eczéma et du psoriasis, pour qu'on les range dans la même classe. Quant à l'esthiomène ou lupus, ce genre, par sa nature spéciale, par son siège anatomique profond, par la présence constante de cicatrices à la suite de la guérison de la maladie cutanée, s'écarte encore plus des caractères généraux des maladies dartreuses, et c'est avec raison qu'on le rattache maintenant à la scrofule et qu'on le considère comme une scrofulide.

(1) Alibert. *Monographie des dermatoses*. Paris, 1832.

D'autres auteurs ont étendu bien plus encore le cadre des maladies dartreuses. Pour ne parler que de ceux qui ont aujourd'hui de l'autorité en dermatologie, je citerai la classification de Bazin, qui propose de ranger dans la classe des dartres la roséole, l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis, le psoriasis, l'urticaire, le prurigo, le pemphigus, et un dernier genre qu'il a décrit sous le nom d'herpétide exfoliatrice. Cette classification, proposée par mon ancien collègue de l'hôpital Saint-Louis, me paraît encore moins acceptable que celle d'Alibert; et quoique, dans la dernière édition de ses études sur l'arthritis et la dartre (1), Bazin ait reconnu la justice de quelques-unes de mes critiques, en élaguant quelques genres qu'il avait admis d'abord, tels que le zona, l'herpès phlycténoïde et le pemphigus aigu, il me paraît rattacher encore à la classe des dartres un trop grand nombre d'éruptions. C'est ainsi que ce qu'il décrit comme la roséole herpétique rentre parfaitement, par la description même qu'il en donne, dans certaines variétés de l'eczéma ou du pityriasis; donner un nom spécial à ces variétés et les indiquer comme formant un genre sous le nom de roséole, c'est faire des distinctions inutiles, c'est multiplier, sans profit pour la science ni pour la pratique, le nombre déjà trop grand des espèces nosologiques. Quant à l'urticaire, je me refuse à reconnaître dans cette maladie les caractères des affections dartreuses; sa mobilité spéciale, sa ressemblance et sa liaison avec les névroses, son défaut de transmission héréditaire, la distinguent assez pour qu'on doive l'éloigner de l'eczéma et du psoriasis, et pour qu'on doive la considérer comme une névrose cutanée, soit idiopathique, soit symptomatique. Je ne crois pas non

(1) Bazin, *Leçons sur les maladies cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 2e édit. Paris, 1868.

plus que le prurigo puisse être regardé comme une affection dartreuse; c'est une maladie non héréditaire, et qui ne survient que secondairement, à la suite d'une autre affection cutanée, et particulièrement comme conséquence et comme complication de la présence de certains parasites animaux. Le pemphigus également, dans toutes ses variétés, est une affection spéciale non héréditaire, qui, par sa marche continue et sa gravité, diffère complètement des véritables affections dartreuses. Quant à l'herpétide exfoliatrice, qui paraît se rattacher souvent tantôt à un pemphigus foliacé, tantôt à une période avancée d'un eczéma ou d'un lichen ancien et invétéré, sa continuité, sa gravité, l'intensité des lésions anatomiques qui la constituent, nous paraissent de nature à faire penser qu'il s'agit là d'une affection analogue au pemphigus; aussi j'ai placé sa description dans la classe des maladies cutanées de cause locale (voy. p. 315).

Après cette discussion, si j'énonce mon opinion relativement aux maladies cutanées qu'on doit placer dans la classe des dartres, je dis que je ne vois que l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis et le psoriasis, qui puissent vraiment y figurer, que ces affections seules présentent les caractères généraux que nous avons indiqués comme appartenant aux dartres, qu'elles offrent entre elles des rapports nombreux et évidents relatifs aux causes, à la marche, aux symptômes principaux et même aux moyens de traitement. Ces caractères sont, d'ailleurs, assez spéciaux pour qu'on puisse distinguer ces affections des autres espèces d'éruptions. Tout semble donc autoriser à ce qu'on les considère comme constituant une véritable famille nosologique, laquelle famille peut être désignée sous le nom de dartres ou de maladies dartreuses. Je décrirai donc dans ce chapitre l'eczéma, auquel je rattacherai l'impétigo, le pityriasis et

le lichen, et le psoriasis ; et, après avoir tracé l'histoire de l'eczéma, je traiterai du *mycosis fongoïde* ou *lymphadénie cutanée*, maladie dont la place nosologique est encore incertaine et qui n'est souvent qu'une exagération, qu'une terminaison de l'eczéma.

Nature des maladies dartreuses. — En proclamant les ressemblances qui existent entre l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis et le psoriasis, je ne fais qu'énoncer un fait que tout le monde devra reconnaître, si on laisse de côté, comme base d'une classification dermatologique, la considération des lésions élémentaires admises par Willan ; et, si l'on se contentait de constater cette ressemblance et de désigner les affections dont il est question par le terme de dartres, pour leur donner un nom et sans y attacher d'autre idée, il n'y aurait véritablement que bien peu de dissidence, et tout le monde serait bien près de s'entendre ; mais la question n'a pas cette simplicité, et cette histoire des maladies dartreuses soulève une autre discussion bien autrement importante, celle de la nature des dartres. En effet, pour expliquer l'apparition des éruptions dartreuses, on a pensé qu'elles survenaient sous l'influence d'une cause interne, d'une modification morbide générale dont elles n'étaient que l'expression, que la manifestation extérieure : et c'est à cette influence morbide spéciale qu'on a donné le nom de vice dartreux, de diathèse dartreuse. En quoi consiste cette disposition morbide ? Dans quels éléments organiques réside-t-elle ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Chez les individus dartreux, le sang, les autres humeurs, le tissu nerveux et tous les éléments de l'organisation, paraissent être à l'état sain. C'est donc une grave erreur de parler, comme on le fait dans le monde, des altérations du sang ou des humeurs pour expliquer la production des maladies dartreuses, et nous devons proclamer bien haut la fausseté de ces expressions, qui

ne reposent sur aucun fait positif. Mais, néanmoins, en face de la transmission héréditaire des dartres, en face de leurs récidives, si communes chez le même malade, on a de la peine à se refuser à admettre, pour expliquer leur existence, une cause générale constitutionnelle, une modification diathésique analogue à celle qui préside aux manifestations du cancer et de la scrofule.

J'avoue parfaitement que l'existence de cette diathèse dartreuse ne repose sur aucun fait positif ou expérimental; on ne l'admet que par induction, par hypothèse; mais, lorsqu'il s'agit des affections scrofuleuses ou des tumeurs cancéreuses, a-t-on vu, a-t-on touché la diathèse scrofuleuse ou la diathèse cancéreuse? Et cependant bien peu de médecins admettent aujourd'hui que les accidents scrofuleux et les affections cancéreuses ne sont que des maladies locales; tout le monde, au contraire, à bien peu d'exceptions près, considère la scrofule et le cancer comme des maladies diathésiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la diathèse dartreuse, dont l'existence semble s'appuyer, non seulement sur la transmission héréditaire et sur les récidives des affections herpétiques, mais encore sur ces affections concomitantes, angines granuleuses, bronchites chroniques, asthme, gastralgies et névralgies qui accompagnent si fréquemment ces maladies, ou qui alternent avec elles. La coexistence de troubles en dehors de la peau, sur les muqueuses ou dans le système nerveux, plaide en faveur d'une cause générale, et je crois fermement à l'existence de cette cause, quoique je sois dans l'impuissance de la démontrer matériellement et positivement. Je pense donc que, pour expliquer l'existence des maladies dartreuses que nous avons admises, l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis et le psoriasis, pour se rendre compte de leurs récidives, de leur transmission héréditaire et de leurs complications, il faut admettre une maladie consti-

tutionnelle spéciale, faisant partie de l'individu, une diathèse, en un mot, pour nous servir de l'expression consacrée, à laquelle on a le droit de donner le nom de *diathèse dartreuse*.

Ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, Bazin était également d'avis, comme moi, de conserver dans la science dermatologique les expressions *dartre* et *maladies dartreuses*, mais, dans sa doctrine, les mots n'ont pas la même acception, les choses ne sont pas aussi simples, et il me semble que c'est ici le lieu d'exposer ces points litigieux. Dans le langage de mon collègue et ami, les éruptions cutanées, que je considère comme de nature dartreuse (l'eczéma, l'impétigo, etc., et même quelques autres, telles que l'urticaire et le pemphigus), ne surviennent pas toujours sous l'influence d'une même cause constitutionnelle ; ce sont des formes morbides caractérisées par le développement et l'évolution de lésions cutanées spéciales, constituant ce qu'il appelle des *affections génériques*, mais susceptibles de se manifester, sous l'influence de plusieurs maladies constitutionnelles qui seraient tantôt la scrofule, tantôt l'arthritis, tantôt l'herpétis ou dartre. Et ces maladies constitutionnelles, en respectant les caractères du genre de l'éruption, imprimeraient cependant à la maladie cutanée des modifications susceptibles d'être reconnues et d'indiquer la nature spéciale du mal, c'est-à-dire l'existence de la maladie constitutionnelle dont l'éruption n'est que la conséquence.

C'est ainsi que les scrofulides bénignes, les seules qui, par leur peu de gravité, peuvent être rapprochées des maladies dartreuses, seraient caractérisées principalement par l'abondance des sécrétions, par l'épaisseur des croûtes, par l'absence de douleurs ou de démangeaisons dans les régions atteintes, et par l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques voisins. Les arthri-

tides présenteraient les caractères principaux suivants : les éruptions auraient une coloration violacée, leur forme serait arrondie, bien circonscrite, et avec des limites bien arrêtées ; leur surface serait peu humide, et remarquable, au contraire, par la sécheresse des produits sécrétés ; la maladie siégerait principalement sur les parties découvertes, sur les régions pileuses, aux parties sexuelles, aux pieds et aux mains ; l'éruption serait rarement constituée par une seule lésion élémentaire, mais on trouverait une réunion ordinaire de vésicules, de papules ou de squames formant ce que Devergie avait indiqué sous le nom de maladies composées ; le prurit serait rare, et serait remplacé par des élancements et des picotements ; la récidive de ces affections serait commune, et aurait lieu habituellement dans la région déjà affectée ; enfin, antérieurement ou simultanément, on rencontrerait chez les malades des affections rhumatismales articulaires, musculaires ou viscérales, des varices, des hémorrhoïdes, un embonpoint notable et de la calvitie précoce. Dans les affections dartreuses ou herpétides, on rencontrerait des éruptions constituées par le développement et l'évolution d'une seule lésion élémentaire, mal délimitée, ayant une grande tendance à s'étendre, sans siège précis d'élection, mais se développant habituellement d'une manière symétrique des deux côtés du corps ; les sécrétions morbides seraient abondantes, et une démangeaison souvent très vive serait la sensation principale perçue par le malade à la région affectée ; les maladies concomitantes seraient principalement des névralgies.

On voit, par cet aperçu de la doctrine de Bazin, qu'il faudrait distraire du cadre des maladies dartreuses un assez grand nombre d'éruptions appartenant aux scrofulides et aux arthritides. J'avoue que sous ce dernier point de vue je ne saurais partager cette manière de

voir; je ne puis accorder qu'un eczéma, par exemple, soit tantôt un symptôme de la scrofule, tantôt un symptôme de la dartre, ou bien encore, d'autres fois, la manifestation d'une maladie particulière dite arthritis. Les caractères différentiels indiqués pour faire reconnaître la nature spéciale d'une éruption sont trop peu tranchés pour qu'ils puissent traduire une cause constitutionnelle différente, ils sont souvent variables pendant le cours de la même affection, de manière à représenter successivement la forme scrofuleuse, la forme arthritique ou la forme herpétique. Chez le même malade, dans plusieurs récidives, on peut voir également la même éruption se présenter sous des aspects différents. Il n'y a donc, dans ces caractères donnés par Bazin, rien d'assez marqué, d'assez fixe, d'assez spécial pour donner l'idée d'une nature différente. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la discussion de l'arthritis, considérée comme entité nosologique; mais je ne puis m'empêcher de protester contre la légitimité de cette prétendue maladie composée de deux autres bien distinctes, le rhumatisme et la goutte; et si nous n'admettons pas l'arthritis, que ferons-nous des arthritides? Mais, au-dessus des mots, il y a des choses, et il est évident que la plupart des malades désignés par Bazin sous le nom d'*arthritiques* sont des goutteux; la question revient donc sous une autre forme : doit-on admettre des éruptions distinctes des dartres et qui peuvent survenir sous l'influence de la goutte? Nous avons répondu à cela tout à l'heure en disant que les caractères donnés par l'auteur de la doctrine de l'arthritis ne nous paraissaient pas assez tranchés pour légitimer cette distinction; nous ajouterons que, sur le même malade, on voit souvent, en deux endroits différents, des plaques d'éruptions présentant, ici des caractères se rapprochant des arthritides, là des phénomènes paraissant appartenir à la dartre ou à la scrofule.

En un mot, ces caractères, surtout étudiés en clinique, sur les malades, ne présentent pas des traits assez accentués pour légitimer une distinction aussi radicale. A ces signes incertains que l'on compare les caractères des syphilides et des véritables scrofulides, on trouvera alors des distinctions telles dans la couleur, dans la disposition des éléments éruptifs, dans les symptômes, dans l'évolution et dans la marche de la maladie, qu'il est impossible de méconnaître une nature spéciale. Il est bien loin d'en être de même pour les éruptions, dites par Bazin, scrofulides, arthridites et herpétides, et qui ne se distinguent que par des nuances.

Je ne nie pas que, dans les éruptions dartreuses, on ne puisse observer quelques modifications relatives à l'abondance des sécrétions, à la marche de la maladie, à la variété ou à l'intensité de la douleur; je ne dis pas que sur un scofuleux un eczéma ne sera pas caractérisé par l'abondance de la sécrétion séro-purulente, que les ganglions lymphatiques voisins ne se prendront pas facilement; j'admets également que chez un goutteux l'eczéma sera plus sec, que les douleurs seront plus vives, plus lancinantes; mais cela est-il suffisant pour supposer, dans la cause morbide, une différence radicale de nature? Je ne le pense pas, et je crois bien plutôt à une influence de terrain. Dans tout état morbide il y a deux facteurs, la maladie et le malade, qui réagissent l'un sur l'autre. La maladie se modifie suivant les individus, et la même affection se présentera avec des phénomènes locaux et généraux différents, suivant qu'elle se développera chez un individu lymphatique et même scrofuleux ou chez un goutteux. Dans ces différences individuelles, dans ces diversités de terrains, voyons donc la cause des variétés d'aspect ou de forme que peuvent présenter certaines éruptions, mais n'allons pas jusqu'à admettre que des modifications accessoires et fugitives suffisent pour faire

croire à une différence radicale de nature de ces affections.

Nous avons encore à mentionner une autre opinion émise par Pidoux : tout en admettant les maladies dartreuses et la diathèse spéciale dont elles sont l'expression, Pidoux les considère comme la suite, la transformation de la scrofule, de la syphilis et de l'arthritisme (1). Pour lui, ces trois grandes affections constitutionnelles constituent des maladies initiales ; les dartres, les névroses, et quelques autres états morbides seraient des maladies intermédiaires, dérivant des premières, et se transformeraient en se transmettant d'une génération à une autre ; enfin, les maladies organiques, les tubercules, les cancers, les dégénérescences profondes de tissus seraient des résultats ultimes auxquels viendraient aboutir, par transformations successives, les maladies initiales et les intermédiaires. Nous ne croyons pas nécessaire d'entrer dans de longs détails pour discuter cette doctrine ; nous ferons seulement observer que la syphilis est une maladie tout à fait distinctive, et qui reste tout à fait étrangère aux éruptions dartreuses ; quant à l'arthritisme, ou plutôt à la goutte, pour parler plus correctement, et à la scrofule, sans nier les rapports de coïncidence qui existent entre ces maladies et les affections cutanées dites dartreuses, sans refuser de reconnaître les modifications que la scrofule et la goutte peuvent imprimer à quelques éruptions, nous n'hésitons pas à affirmer que nous ne croyons pas à ces transformations pathologiques admises par Pidoux, et en nous appuyant sur des faits bien positifs de transmissions héréditaires de maladies dartreuses pendant plusieurs générations, nous persistons à considérer la diathèse dartreuse comme une maladie constitutionnelle spéciale, primitive et indépendante.

(1) Pidoux, *Annales de la Société d'hydrologie médicale*, séance du 12 mars 1866, t. XII, p. 236 à 239 et *Union médicale*, 1866, t. XXX.

Après toutes ces questions de doctrine que soulève la question des dartres, pour terminer l'histoire de ces maladies il me faut rentrer dans l'observation des faits et dire quelques mots de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement considérés d'une manière générale.

Diagnostic des affections dartreuses. — L'ensemble des caractères que nous avons indiqués comme spéciaux aux affections dartreuses devra servir à faire reconnaître les éruptions dont il est question. Parmi ces caractères, on s'attachera surtout à la diffusion de la maladie, à sa tendance à s'étendre, à l'abondance des sécrétions séro-purulentes ou épidermiques, au prurit, à la transmission héréditaire et aux récidives. Une couleur spéciale, d'un rouge sombre, une disposition circinée ou en croissant, l'absence de démangeaisons, ou du moins un prurit faible et peu continu sont des signes qui serviront à faire reconnaître les syphilides et à les distinguer des éruptions dartreuses. Les scrofulides, d'autre part, seront caractérisées par une étendue moins considérable, par une marche essentiellement chronique, par l'absence de douleur et de prurit, et par la présence constante de cicatrices après la guérison de la maladie cutanée. Dans les affections parasitaires de la peau, qu'on a confondues longtemps avec les dartres, la démangeaison existe, elle est même quelquefois très vive; les éruptions sont variées, quelquefois étendues, mais elles ont des sièges spéciaux, des formes éruptives particulières et la présence du parasite vient dans les cas douteux lever toute difficulté de diagnostic.

Pronostic des maladies dartreuses. — Les éruptions dartreuses sont ordinairement sans gravité réelle ; ce n'est que bien exceptionnellement qu'elles peuvent compromettre l'existence ; après une durée de quelques semaines ou de quelques mois, elles disparaissent habituellement sans laisser sur la région atteinte aucune

trace, aucune cicatrice; et pendant leur existence, la santé générale persiste souvent sans altération sérieuse. Mais cependant les dartres sont des maladies désagréables; par les modifications survenues dans la couleur, dans l'aspect, dans les sécrétions de la peau, elles constituent, surtout lorsqu'elles sont dans un endroit apparent, des déformations répugnantes; le prurit est souvent très vif, très douloureux et empêche le sommeil et l'appétit; l'abondance des sécrétions, ajoutée à la démangeaison, peut produire, chez les sujets débilités par l'âge ou par toute autre cause, une maigreur et un affaiblissement poussés quelquefois très loin. La fatalité presque absolue des récidives est encore un fait important à noter dans le pronostic des maladies dartreuses; le traitement employé contre les dartres n'a d'action que sur la manifestation cutanée, mais n'atteint pas la diathèse, laquelle persiste, et, en tant que maladie constitutionnelle et inhérente à l'individu, expose à des récidives plus ou moins rapprochées, qui sont souvent d'autant plus étendues et plus durables qu'elles sont plus répétées. D'autre part, ainsi que nous l'avons dit, la dartre ne borne pas ses effets au tégument externe; chez les individus atteints de diathèse herpétique, on peut observer des névralgies, des angines granuleuses, des catarrhes utérins, des affections de la vessie, des bronchites chroniques et de l'asthme; la possibilité de ces accidents vient augmenter la gravité des maladies dartreuses. Enfin le rapport réel qui existe entre la dartre et le cancer est une circonstance bien plus aggravante; tout en reconnaissant que le plus grand nombre des dartreux est exempt de cette terrible affection, il n'en est pas moins vrai qu'on peut, à bon droit, s'alarmer sur l'avenir de certains malades atteints d'éruptions dartreuses, alors surtout qu'une affection cancéreuse a existé chez quelques-uns de leurs ascendants ou de leurs parents.

Traitement des maladies dartreuses. — Chaque variété de dartre réclame une thérapeutique spéciale qui sera indiquée dans les articles consacrés à l'histoire de chaque genre d'éruption; mais sans entrer ici dans les détails, je crois devoir indiquer d'une manière générale la thérapeutique applicable aux maladies dartreuses. Les moyens qu'on emploie pour combattre ces affections sont de différents ordres : je parlerai d'abord des remèdes locaux. Fréquemment ils ont pour but de diminuer les phénomènes inflammatoires qui accompagnent certaines éruptions et en particulier l'eczéma, le lichen et l'impétigo à leur première ou à leur seconde période; ce sont des lotions émollientes, des cataplasmes émollients de fécule de pommes de terre ou de farine de riz, des bains tièdes de son ou d'amidon, des bains de vapeurs aqueuses à une température peu élevée; dans quelques formes sèches, dans quelques cas de lichen ou de pityriasis on peut remplacer les cataplasmes et les lotions humides par des applications de poudre d'amidon, de sous-nitrate de bismuth ou d'oxyde de zinc; j'ai retiré également de grands avantages, pour combattre l'inflammation locale, de l'emmaillotement de la partie malade avec de la toile vulcanisée; ce moyen, proposé par le docteur Colson, de Beauvais, donne des résultats très avantageux, particulièrement dans l'eczéma, dans le lichen, et même dans le psoriasis. Lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, on peut employer quelquefois les lotions astringentes avec l'infusion de mélilot, avec l'eau alunée, avec le sous-acétate de plomb liquide additionné d'eau, avec la solution très étendue de sublimé, avec l'eau sulfureuse, avec l'acide phénique très affaibli. Les bains sulfureux, les bains alcalins, les bains de sublimé même ont été conseillés; mais relativement aux bains sulfureux appliqués anciennement d'une manière banale à toutes les affections de la peau, je ferai une

réserve: ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils conviennent dans les éruptions dartreuses; à moins d'indications spéciales ils sont plus nuisibles qu'utiles, et il m'est arrivé bien souvent de voir une amélioration prompte survenir dans une affection dartreuse par le seul fait de de la suspension de bains sulfureux administrés inconsidérément.

Les pommades, les onguents sont des remèdes d'un usage vulgaire dans le traitement des maladies dartreuses; je dois dire néanmoins que leur emploi doit être bien plus restreint qu'on ne le pense généralement. Les pommades ne conviennent guère que dans les formes sèches des dartres, à leur dernière période et lorsque les phénomènes d'inflammation locale ont disparu. Ces pommades ayant pour excipient l'axonge, la graisse de veau, le cold-cream, l'onguent rosa, le suif, l'huile d'amandes douces, la glycérine, la vaseline, contiennent le plus souvent du soufre sublimé, des oxydes ou des sels de mercure, de l'oxyde de zinc, du tanin, du camphre, du goudron ou de l'huile de cade. On doit faire grande attention à ce que le corps gras dans lequel on incorpore le médicament actif soit bien frais; une pommade rance a produit souvent une recrudescence de la maladie, principalement dans les diverses variétés de l'eczéma.

Dans le traitement des maladies dartreuses avec sécrétion séreuse ou séro-purulente, on se sert avec avantage des purgatifs, et même on doit les répéter à intervalles assez rapprochés. Il est bon dans ces cas de s'adresser à des purgatifs doux et peu nuisibles pour le tube digestif; les drastiques plus commodes, parce qu'ils peuvent être administrés en pilules, sont trop irritants, et leur action répétée fréquemment peut avoir des inconvénients pour l'estomac et pour l'intestin. On peut employer l'infusion légère de séné, la magnésie calcinée, l'huile de ricin

fraîche, la pulpe de tamarin, les sels neutres; mais les eaux minérales purgatives naturelles me paraissent de beaucoup préférables; elles contiennent une dose assez faible de sels purgatifs, elles donnent peu de coliques, elles purgent suffisamment et elles sont très bien supportées par les organes digestifs; j'emploie principalement l'eau de Pullna, l'eau de Friedrichshall (Saxe-Meiningen), l'eau de Birmenstorf (Suisse), l'eau d'Hombourg, les eaux d'Hunyadi-Janos et de François-Joseph.

Dans le même but dérivatif on peut également et sous l'influence de la même indication, administrer des diurétiques : l'eau de chiendent ou de pariétaire, la décoction de queues de cerises, avec ou sans addition de nitrate ou d'acétate de potasse, sont des tisanes qui peuvent rendre des services; j'en ai souvent constaté les bons effets, surtout pendant la période inflammatoire.

Les médecins qui ont précédé notre génération employaient beaucoup les exutoires pour combattre les dartres, et particulièrement les vésicatoires ou les cautères appliqués aux bras ou aux membres inférieurs; on y a renoncé presque complètement : on a constaté que l'effet dérivatif des exutoires était nul, et que souvent même la maladie qu'on voulait arrêter se développait autour du vésicatoire ou du cautère, qui devenait ainsi le point de départ d'une nouvelle éruption. Toutefois je crois qu'on est allé trop loin en rejetant absolument les exutoires de la thérapeutique des dartres. Pour moi, il existe une indication de leur emploi; elle existe lorsque, l'éruption cutanée ayant disparu, il se développe chez le malade une affection interne, une dyspepsie, une bronchite chronique, de l'asthme ou toute autre maladie. Dans ces circonstances, ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois, on se trouve très bien de l'application prolongée d'un vésicatoire ou d'un cautère.

Mais, parmi les moyens à opposer aux affections dartreuses, on doit surtout placer les modificateurs généraux, soit les reconstituants, les amers, l'huile de foie de morue, soit les altérants et principalement les alcalins, le soufre et l'arsenic. Ces différents médicaments ne doivent pas être administrés indifféremment dans toutes les variétés de dartres et à toutes les périodes de la maladie, ils sont surtout indiqués lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, et chaque forme d'éruptions fournit une indication spéciale que nous ne pouvons indiquer ici. Bazin, qui admet, comme nous l'avons dit, des divisions de nature dans les dartres, enseigne que dans les arthritides on doit administrer les alcalins et qu'il faut réserver les préparations arsenicales pour les éruptions de nature herpétique; je puis affirmer que l'observation journalière dément ces propositions doctrinales : j'ai vu fréquemment les alcalins échouer et l'arsenic réussir dans des cas rebelles qui constituaient pour Bazin des types d'éruptions arthritiques.

A côté des alcalins, du soufre, de l'arsenic, on a vanté encore la teinture de cantharides, le goudron à l'intérieur, les préparations antimoniales : ces médicaments ont bien peu d'efficacité; j'ai employé quelquefois avec succès le baume de copahu dans des cas de psoriasis. On voit fréquemment prescrire de l'iodure de potassium contre les maladies dartreuses : je ne saurais trop m'élever contre cette médication, qui n'est jamais indiquée dans les éruptions dartreuses et qui les aggrave souvent. Dans ces derniers temps on a vanté encore un médicament particulier, auquel on a attribué des propriétés spéciales pour la guérison des maladies qui nous occupent, je veux parler des préparations d'hydrocotyle employées d'abord contre l'éléphantiasis des Grecs; j'ai essayé ce médicament et je n'en ai obtenu aucun effet satisfaisant appréciable.

L'iode, le fer, le mercure ne sont pas utiles dans le traitement des maladies dartreuses, à moins qu'ils ne soient appropriés à une indication spéciale. Quelquefois en effet l'éruption dartreuse vient se développer sur un sujet déjà atteint d'un autre vice constitutionnel dont l'influence peut non seulement agir sur ces manifestations dartreuses en les modifiant, mais même s'opposer à l'effet de la modification antiherpétique. Cet état accessoire doit être rapporté le plus ordinairement à la scrofule ou à la goutte, bien plus rarement à la syphilis, et pour obtenir la guérison de l'éruption dartreuse, il sera nécessaire d'attaquer la complication : c'est dans ces conditions spéciales qu'on pourra s'adresser à l'huile de foie de morue, aux amers, aux alcalins, au fer, aux préparations iodées, quelquefois même au mercure.

Les eaux minérales thermales constituent un moyen très vanté dans le traitement des maladies dartreuses; je me hâte de dire qu'il n'existe aucune eau minérale qui jouisse d'une propriété antiherpétique spéciale et applicable à tous les cas; la prescription doit varier suivant les cas. Il est cependant un principe applicable en général, c'est que l'indication d'un traitement thermal n'est applicable qu'à la période déjà avancée des éruptions dartreuses; l'existence d'un état aigu et la persistance des phénomènes d'inflammation locale constituent une contre-indication formelle. Toutefois, vers la fin de cette période aiguë, on pourrait employer sans inconvénient les eaux purgatives salines, telles que celles de Hombourg, de Marienbad ou de Saint-Gervais, administrées en boisson; on pourrait également prescrire en bains les eaux de Schlangenbad et de Néris, lesquelles doivent des qualités émollientes à la quantité de glairine qu'elles contiennent. Les eaux sulfureuses jouissent d'une grande réputation dans le traitement des dartres, je pense qu'on les prescrit habituellement trop légèrement, surtout lors-

qu'il s'agit d'eau d'une sulfuration assez forte, telles que celles de Bagnères-de-Luchon, de Barèges, de Cauterets, d'Aix-la-Chapelle; si dans certains cas on a vu l'administration de ces eaux en bains et en boisson faire passer une maladie dartreuse chronique à l'état aigu et amener une guérison, d'autre part j'ai constaté souvent sous l'influence de ces eaux, chez des malades atteints d'éruptions dartreuses, une recrudescence qui ne s'arrêtait pas et une aggravation de la maladie qui se prolongeait pendant des mois et qui exigeait un traitement très prolongé et très énergique. On doit le plus souvent pour les maladies dartreuses préférer des eaux peu sulfureuses, telles que celles de Saint-Gervais, de Saint-Sauveur, de Molitg, ou les sources les plus faibles de Barèges et de Luchon. Lorsque les maladies dartreuses se développent chez des sujets lymphatiques et surtout chez des scrofuleux, on se trouvera bien des eaux d'Aix-la-Chapelle et surtout de celles d'Uriage ou de la Bourboule. Dans le cas d'associations d'accidents goutteux ou de névralgies, on devra préférer les eaux alcalines douces, telles que les eaux de Royat, de Bagnoles (Orne), de Schlangenbad; dans les cas de dartres rebelles, anciennes, récidivantes, les eaux de Loèche constituent une ressource thérapeutique précieuse.

Les eaux trop chaudes doivent être évitées, et, sous ce rapport, nous trouvons contre-indiquées les eaux d'Aix en Savoie, les eaux d'Olette, les eaux de Bourbonne et autres qui doivent une partie de leurs propriétés thérapeutiques à leur thermalité. Les bains de mer et même l'air salin de la mer sont nuisibles aux dartreux : j'ai eu souvent occasion de voir des éruptions de nature dartreuse naître ou s'exaspérer sous la seule influence d'un séjour momentané dans un pays situé sur les bords de la mer.

Enfin dans la thérapeutique des maladies dartreuses

une place très importante doit être réservée aux moyens hygiéniques. Les malades devront éviter non seulement les excès, mais même les fatigues : les veilles ont une influence très fâcheuse, il faut les proscrire; les exercices violents du corps qui amènent une transpiration abondante et qui produisent une suractivité des fonctions de la peau sont également nuisibles; j'ai vu plusieurs fois des eczémas et même des psoriasis se développer ou s'exaspérer après des voyages à pied, après des parties de chasse. Si l'on était maître de ses émotions, on devrait également prémunir les malades contre les chagrins, contre les impressions morales vives et particulièrement contre les accès de colère; malheureusement le médecin ne peut le plus souvent que constater l'influence fâcheuse de la frayeur, des chagrins et des contrariétés vives sans qu'il soit maître de les supprimer.

Une attention très scrupuleuse devra être apportée à la diététique alimentaire. Le malade atteint d'une affection dartreuse se privera de poisson et en particulier de poissons de mer, de coquillages, de porc et de toutes les préparations dites de charcuterie, de gibier et surtout du gibier noir et faisandé, des mets épicés dans lesquels entrent des truffes et des condiments épicés; le cresson, les fraises, les noix, les sucreries seront également défendus. On proscrira surtout le café, le vin pur et toutes les liqueurs alcooliques; les bières fortes et particulièrement les ales anglaises, qui contiennent beaucoup d'alcool, seront également considérées comme nuisibles. Cette hygiène alimentaire a une importance très grande, c'est un accessoire indispensable des médicaments et on doit beaucoup compter sur son effet favorable, soit pour amener la guérison d'une affection dartreuse, soit pour empêcher des récidives. Nous ne craignons pas de dire que les individus atteints d'affections dartreuses devraient se soumettre pendant toute leur vie à un régime alimentaire

spécial ; ce serait le meilleur moyen de s'opposer, autant que possible, aux effets de la diathèse dont ils sont affligés.

Les différents moyens que nous venons d'exposer, appliqués à propos et en suivant les indications particulières fournies par le genre de la maladie, par ses périodes et par son état de simplicité ou de complication, ont une efficacité réelle pour combattre les éruptions dites dartreuses. Ils ont une influence moins certaine pour empêcher les récidives; je pense cependant qu'en faisant prendre de temps en temps aux malades quelques purgatifs, quelques préparations arsenicales et surtout en les soumettant à la diététique que nous venons d'exposer, on peut quelquefois empêcher ou du moins retarder l'explosion de nouvelles éruptions. Mais avant de quitter ce sujet, nous devons nous adresser cette question : la thérapeutique que nous venons d'exposer et de conseiller s'adresse-t-elle à la diathèse dartreuse elle-même ou seulement aux manifestations locales de cette diathèse ? Il est bien difficile de répondre scientifiquement à une pareille demande ; mais je serais bien porté à croire que les moyens de traitement opposés aux dartres ont plus d'action sur les effets de la diathèse que sur cette diathèse elle-même. En effet, si nous examinons le résultat des différents moyens employés habituellement avec avantage, nous voyons d'abord des dérivatifs sur l'intestin ou sur les organes urinaires qui agissent surtout sur les phénomènes inflammatoires des éruptions comme dans les cas d'inflammations ayant tout autre siège, puis des médicaments ayant une action spéciale sur la peau et sur ses fonctions tels que les alcalins, et particulièrement l'arsenic et le soufre. L'huile de foie de morue et les amers, qui réussissent souvent, sont surtout utiles chez les individus lymphatiques et scrofuleux et ne modifient qu'indirectement les affections dartreuses; les moyens

hygiéniques et surtout la diététique n'ont qu'un rôle négatif en supprimant les circonstances susceptibles de faire naître ou d'aggraver la maladie. Et d'ailleurs tous ces différents moyens ne peuvent empêcher la maladie de se reproduire, souvent à des intervalles assez rapprochés, de sorte que, par le fait, nous ne trouvons dans le traitement des dartres aucun spécifique qui paraisse s'adresser au principe même du mal. Il en serait de la diathèse dartreuse comme de la syphilis : dans cette dernière maladie, les remèdes dits spécifiques ont une action bien évidente sur la guérison des manifestations syphilitiques, mais ils paraissent insuffisants contre la maladie constitutionnelle, puisqu'ils ne s'opposent pas aux manifestations consécutives et successives de la maladie. On doit donc avouer que, s'il existe des moyens thérapeutiques contre les éruptions dartreuses, il n'existe pas, en parlant rigoureusement, de véritable médication antidartreuse.

1° Eczéma.

Historique et définition. — Le mot *eczéma*, du grec ἐκζέω, *je brûle* ou *je fais effervescence*, a été appliqué très anciennement pour désigner une maladie éruptive que nous ne saurions trop reconnaître aujourd'hui ; les Grecs, dit Aetius, appelaient ἐκζέματα des vésicules prurigineuses, probablement à cause de la chaleur qui les accompagnait. Synonyme de *dartre vive*, de *gourmes*, l'expression d'eczéma n'a reçu une signification précise qu'à la fin du siècle dernier, lorsque Willan l'appliqua à une affection de la peau caractérisée, à son début, par le développement de petites vésicules agglomérées, susceptibles de s'affaisser par la résorption du liquide ou de se rompre et de donner lieu consécutivement à une sécrétion séro-purulente et à une exfoliation épidermique. Cette

manière de comprendre et de définir l'eczéma a été longtemps acceptée par la presque unanimité des dermatologistes français et étrangers; elle est encore adoptée aujourd'hui par plusieurs médecins des plus distingués qui s'occupent de l'étude des maladies de la peau, et à la tête de ces derniers je placerai Bazin, qui professait « que l'eczéma est une affection de la peau, caractérisée, à sa période d'état, par l'existence de vésicules petites, acuminées, agglomérées sur une surface plus ou moins étendue, et contenant un liquide séreux et transparent, vésicules qui s'affaissent lorsque le liquide qu'elles contiennent est absorbé, mais qui, le plus souvent, se rompent après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'existence, et auxquelles succèdent l'exhalation et la sécrétion d'un liquide séreux et transparent qui se concrète en lamelles plus ou moins épaisses, et ensuite une simple exfoliation épidermique » (Bazin, *Dee affections génériques de la peau*, 1862, t. I, p. 138). Cette définition est identiquement celle de Willan et de ses élèves, et elle a pour conséquence de considérer l'eczéma comme une maladie caractérisée essentiellement et exclusivement par une éruption vésiculeuse, et d'écarter de ce genre nosologique, ainsi bien défini et bien circonscrit, les cas dans lesquels, malgré une ressemblance très grande avec les principaux symptômes de l'eczéma, on ne peut constater, ni dans le présent ni dans le passé, l'existence de vésicules petites, acuminées, agglomérées et contenant un liquide séreux et transparent.

Mais, si cette définition si claire et si précise a été, d'après l'autorité de Willan, d'abord assez généralement adoptée pour devenir classique, si elle est encore aujourd'hui acceptée par des auteurs du plus grand mérite, je dois dire aussi qu'elle a rencontré en tous temps des adversaires, et je dois insister sur ce fait que leur nombre augmente avec le temps. Parmi les premiers en date, je

citerai d'abord Alibert, lequel n'ayant jamais adopté pour base de classification des maladies cutanées la considération de la lésion élémentaire initiale, mentionne à peine l'existence des vésicules, et fait consister le caractère essentiel de l'eczéma dans la production d'une sécrétion séreuse, plus ou moins abondante, à la surface de la peau, qui se fend, se gerce et s'exfolie ; et, pour bien rendre compte de ces caractères principaux, l'auteur du *Traité des dermatoses* propose de désigner cette maladie sous le nom pittoresque d'*herpes squamosus madidans*, dénomination qui représente bien les deux traits principaux de l'eczéma, savoir la sécrétion humide de la peau et la desquamation épidermique. Après Alibert, je mentionnerai Devergie ; malgré ses tendances Willanistes, et tout en admettant que l'eczéma est une affection vésiculeuse en raison de son élément morbide, cet auteur, qui s'est attaché surtout à décrire minutieusement les diverses variétés des maladies de la peau, s'est élevé contre l'opinion généralement adoptée de considérer l'eczéma comme une maladie caractérisée exclusivement par des vésicules. Se fondant sur l'apparition très momentanée des vésicules qui ne se montrent qu'au début et parfois pendant quelques heures seulement, sur leur ténuité qui ne permet de les apercevoir souvent qu'au reflet du soleil et même sur leur absence dans quelques variétés, dans l'eczéma fendillé, par exemple, qu'il a décrit le premier, il préfère définir l'eczéma une maladie superficielle de la peau caractérisée par les quatre phénomènes suivants : 1° rougeur de la surface malade ; 2° démangeaison permanente plus ou moins intense ; 3° sécrétion de sérosité limpide et citrine, tachant le linge en gris et l'empesant à la manière des taches spermatiques ; 4° état ponctué et rouge de la peau, formé par les orifices enflammés des canaux qui, par myriades, fournissent la sérosité (Devergie, 3e édit., 1863, p. 115).

Mais les attaques contre la manière étroite et exclusive de définir l'eczéma par la présence de vésicules, datent surtout de ces dernières années. En Allemagne Hébra, en Angleterre Erasmus Wilson et Anderson (de Glascow), et moi-même en France, presque simultanément et sans nous concerter, nous nous sommes accordés pour élargir le cercle de l'eczéma ; nous avons constaté d'abord que, dans les cas les plus légitimes de cette maladie, les vésicules pouvaient manquer, que le début de l'affection pouvait être marqué par des lésions élémentaires très diverses, et même que diverses autres maladies cutanées, désignées par la plupart des auteurs comme formant des genres distincts, se rapprochaient tellement de l'eczéma, soit par leur association habituelle, soit par leur succession réciproque, qu'on ne pouvait faire autrement que de les considérer comme des formes, comme des variétés d'un même genre nosologique.

C'est d'après cette manière de voir, que j'ai exposée déjà depuis plusieurs années dans mes cours cliniques à l'hôpital Saint-Louis, que je décrirai ici l'eczéma ; et je tenterai de le définir : une maladie superficielle de la peau ou des membranes muqueuses, pouvant débuter par des lésions élémentaires diverses, mais présentant comme caractères principaux, soit simultanément, soit successivement, de la rougeur, une sécrétion séreuse ou séro-purulente susceptible de se concréter pour former des croûtes, et une exfoliation épidermique constituée par des squames minces, foliacées ou furfuracées, peu adhérentes et se renouvelant à plusieurs reprises. Nous ne nous dissimulons pas l'insuffisance de cette définition : elle est surtout trop large et peut certainement s'appliquer à la rigueur à d'autres maladies que l'eczéma, mais les formes sous lesquelles cette dernière affection se présente sont si variées, les circonstances au milieu desquelles elle se développe sont si différentes, la nature elle-même du

mal est si controversée, qu'il me serait impossible d'en proposer une autre plus parfaite et dans laquelle puissent rentrer toutes les variétés admises aujourd'hui par les dermatologistes les plus autorisés.

Anatomie pathologique. — L'eczéma n'entraînant pas la mort, l'occasion d'examiner sur le cadavre les portions de peau atteintes de cette maladie sont rares, et lorsque des personnes eczémateuses viennent à succomber, c'est par le fait d'une maladie incidente, sous l'influence de laquelle les lésions cutanées ont disparu et ont fait place à l'état normal de la peau. Aussi, dans la détermination du siége anatomique précis de l'eczéma et dans la description des lésions qui le caractérisent, on s'est longtemps appuyé plutôt sur des considérations théoriques que sur des observations directes d'anatomie pathologique. C'est ainsi que Biett, pour expliquer la vésiculation, la rougeur de la peau, la sécrétion séreuse et la production squameuse épidermique, avait placé le siège de l'eczéma dans la membrane vasculaire d'Eichorn, à laquelle on attribuait la formation de l'épiderme ; l'inflammation de cette membrane était considérée comme exagérant ses fonctions et comme amenant une sécrétion séreuse qui soulevait l'épiderme et une production plus abondante des lamelles épidermiques. Contrairement à l'opinion de son maître, Cazenave chercha à établir que la lésion principale de l'eczéma consistait dans l'inflammation des glandes et des conduits sudoripares, et expliquait la vésiculation par le soulèvement d'un conduit oblitéré et surtout la sécrétion séro-purulente par l'exagération de la sécrétion sudorale augmentée par le fait de l'inflammation des glandes. Bazin s'était rangé à cette opinion et admettait aussi que l'eczéma était constitué au début par l'inflammation des glandes sudorales, mais que la lésion se propageait au réseau vasculaire superficiel du corps muqueux. Dans ces derniers temps, des

observations directes ont été entreprises expérimentalement sur des animaux ; des examens microscopiques ont été faits sur des portions de peau humaine atteintes d'eczéma spontané ou artificiel, et grâce aux travaux de Neumann, de Ranvier, de Cornil, de Vulpian, de Leloir, et surtout de Renaut, de Lyon, on peut faire maintenant l'anatomie pathologique de l'eczéma.

C'est dans l'épaisseur même du corps muqueux de Malpighi et au-dessous du *stratum lucidum* que siège la lésion principale de l'eczéma, et elle consiste dans une prolifération cellulaire et dans une infiltration circonscrite des papilles et du corps muqueux. Quand une vésicule eczémateuse va se former, on voit se développer dans les cellules des globules opalescents, très réfringents, qui les distendent et refoulent le noyau à la périphérie. Ces cellules tuméfiées se rompent et forment par leur réunion des vacuoles dans lesquelles vient se rendre plus tard un exsudat venant des vaisseaux et composé de cellules migratrices présentant les caractères des globules blancs du sang ; ces vacuoles ainsi remplies soulèvent l'épiderme et forment la vésiculation. L'exsudat dont je viens de parler est d'abord séreux ; dans l'eczéma vésiculeux, la transformation purulente n'a pas le temps de se faire ; l'épiderme se rompt prématurément et laisse écouler le liquide ; mais, si l'épiderme résiste ou si le liquide reste en contact avec la peau, les cellules migratrices meurent, et, devenant graisseuses, prennent les caractères du pus. L'eczéma est donc une inflammation du corps muqueux caractérisée par l'altération du protoplasma cellulaire, par la distension de la cellule, par sa rupture et par la formation des vacuoles, dans lesquelles s'épanchent la lymphe et les cellules échappées des vaisseaux, lesquelles soulèvent l'épiderme et forment les vésicules. Dans les variétés sèches de l'eczéma, dans le lichen, dans le pityriasis, le même processus a lieu ; mais

dans le lichen il y a seulement un œdème local et un amas de cellules embryonnaires qui forment des gaines aux papilles et aux vaisseaux. Dans le pityriasis, l'œdème n'existe même pas; une simple prolifération embryonnaire se développe; l'épiderme se desquame et la lésion du corps muqueux disparaît promptement. Dans l'impétigo, au contraire, soit par l'intensité de l'inflammation, soit par toute autre cause, la transformation graisseuse de l'exsudat se fait promptement, et au lieu d'une vésicule, il se forme une pustule. J'ajoute que, dans quelques cas, la prolifération cellulaire, au lieu de se borner au corps muqueux, peut se prolonger dans le derme, ce qui se rencontre dans l'eczéma chronique, et particulièrement dans le lichen ancien, caractérisé par l'augmentation d'épaisseur et de dureté de la peau.

Au milieu des squames de l'eczéma, on a trouvé des spores et des parcelles de mycélium. En 1874, Malassez a rencontré, dans les squames épidermiques provenant de pityriasis de la tête, un parasite siégeant dans la couche cornée de l'épiderme, et constitué uniquement par des spores allongées et bourgeonnantes d'un très petit diamètre (de 5 à 2 μ), et l'auteur de cette découverte fait jouer à ce parasite un rôle important dans la production de l'alopécie qui accompagne et termine certains cas de pityriasis rebelles. Sans vouloir contester l'exactitude des recherches de Malassez et des autres savants qui ont rencontré des productions cryptogamiques dans diverses variétés d'eczéma, je pense qu'il ne faut attacher à ces découvertes qu'une importance secondaire; la présence des parasites est là tout accidentelle; elle doit être regardée comme une conséquence de la maladie, et elle ne suffit pas pour faire ranger l'eczéma, maladie non contagieuse, parmi les affections primitivement parasitaires.

Symptômes. — L'eczéma se manifeste sous les formes les plus diverses; mais, avant de les décrire dans leurs

détails particuliers, il est indispensable d'indiquer les caractères habituels de la maladie, ceux qu'on rencontre le plus souvent et qui nous représentent le type de l'eczéma, sa forme régulière. Pour faciliter cette description, il me paraît utile d'admettre dans la maladie trois périodes ordinairement successives, mais qui peuvent néanmoins s'intervertir, se mélanger, et qui peuvent même se présenter isolément.

Première période. — C'est la période de début, c'est celle dans laquelle se manifeste la lésion élémentaire. Dans les cas les plus ordinaires, dans ceux surtout qui ont servi de modèle à Willan et à ses élèves pour la description classique de l'eczéma, on voit se développer, sur une partie plus ou moins étendue de la peau, des vésicules, petites, acuminées, pressées les unes à côté des autres, et quelquefois assez peu apparentes pour ne pouvoir être vues que sous certaines incidences de lumière. Réunies en groupes serrés, ces vésicules restent quelquefois distinctes les unes des autres; dans certains cas elles se confondent par la rupture des cloisons qui les séparent, et elles peuvent donner lieu à des sortes de bulles arrondies ou irrégulières qui simulent l'éruption caractéristique du pemphigus; cela se rencontre dans les parties du corps où l'épiderme dur et épais ne se rompt pas facilement, aux pieds et aux mains presque exclusivement. Tantôt le liquide contenu dans les vésicules est clair et transparent, c'est de la sérosité pure; tantôt il est blanchâtre et un peu louche; quelquefois il est complètement purulent, soit que des pustules se développent primitivement à côté des vésicules, soit que le liquide, d'abord transparent, devienne graduellement épais et purulent; cette transformation étant d'ailleurs prompte et ayant souvent lieu en quelques heures.

Ces plaques vésiculeuses, que nous venons d'indiquer,

reposent le plus souvent sur une surface colorée en rouge plus ou moins vif, mais ordinairement peu foncé; tantôt cette coloration précède l'éruption vésiculeuse, tantôt elle la suit ou paraît en même temps; le plus habituellement elle s'étend au delà de la surface occupée par les vésicules, et il n'est pas rare d'observer, entre les parties occupées par une éruption vésiculeuse ou vésico-pustuleuse, des taches rouges érythémateuses, lesquelles tantôt disparaissent spontanément sans autre phénomène éruptif, tantôt deviennent promptement le siège d'une nouvelle éruption de vésicules ou de pustules. Avec l'éruption, avec la rougeur, on constate aussi quelquefois un gonflement plus ou moins marqué, dû à l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané. Ce gonflement, qui, comme la rougeur, peut s'étendre au delà de l'éruption vésiculeuse, est surtout très apparent dans les régions où la peau se trouve doublée par un tissu cellulaire lâche et mou, par exemple à la face, aux oreilles, aux parties génitales.

Mais cette éruption vésiculeuse, décrite par Willan et ses élèves, et par Bazin, comme le caractère exclusif de l'eczéma au début, est loin d'être la seule lésion qu'on rencontre au commencement de toute maladie cutanée qui doit revêtir plus tard les caractères incontestables de l'eczéma; je viens de signaler la rougeur et les pustules qui se joignent aux vésicules; il est certain que dans quelques cas les taches rouges existent seules sans vésiculation, que sur leur surface l'épiderme se gerce, se fend, et qu'elles deviennent plus tard le siège d'une sécrétion eczémateuse. Beaucoup plus souvent, au lieu de vésicules, on constate l'existence de pustules petites, acuminées, agglomérées, reposant sur une surface rouge et tuméfiée et ne différant des vésicules que par leur contenu purulent. C'est là l'*impétigo* des auteurs que je rattache à l'eczéma, ainsi que je le dirai plus tard en

développant cette opinion et en indiquant les motifs qui m'ont déterminé à cette fusion nosologique. D'autres fois encore, soit à côté des vésicules, soit isolément, se développent de petites élevures pointues ou un peu mousses et arrondies, agglomérées, pouvant être accompagnées également de rougeur et de gonflement. Ce sont des papules, élevures solides, ne contenant pas de liquide, lesquelles, pour l'école de Willan, constituent la lésion élémentaire du *lichen*. Nous pensons que cette lésion papuleuse initiale peut appartenir à l'eczéma, parce que l'on peut voir très souvent à sa suite se développer les phénomènes caractéristiques de l'éruption eczémateuse. Également, dans le début de la même maladie, on peut voir apparaître tout d'abord des squames épidermiques minces, fines, peu adhérentes, en tout semblables à celles qui caractérisent la période terminale. Ces squames augmentent peu à peu d'abondance, d'épaisseur; puis la peau se gerce, se fendille, une sécrétion séreuse s'établit et l'eczéma est constitué. Enfin, aussi dès le début, sans vésicules, sans papules, sans squames, sans taches érythémateuses, on peut voir, comme lésion initiale, des gerçures, des fissures épidermiques qui se croisent et qui donnent à la peau l'aspect craquelé d'un vieux plat de faïence. Ces fissures sont d'abord sèches, elles peuvent même conserver ce caractère jusqu'à la guérison; mais, plus souvent aussi, elles augmentent de profondeur, elles pénètrent au delà de l'épiderme et elles deviennent le siège d'une sécrétion séreuse ou séro-purulente; la maladie peut revêtir ainsi plus tard l'aspect de l'eczéma le plus légitime, comme s'il avait débuté par des vésicules; nous reviendrons, d'ailleurs, sur ces détails en parlant de l'eczéma fendillé, caractérisé principalement par ces fissures.

On a dit encore que l'eczéma pouvait débuter par des tubercules; j'ai vu, en effet, dans quelques cas rares,

survenir sur la peau des saillies rouges et arrondies, sur lesquelles l'épiderme se déchirait plus tard et qui présentaient alors la sécrétion séro-purulente caractéristique de l'eczéma; mais, dans ces circonstances, la lésion n'est pas incontestablement constituée par des tubercules; ce sont plutôt des taches érythémateuses rouges et saillantes.

Quelle que soit d'ailleurs la lésion initiale de l'eczéma, on doit bien savoir qu'elle ne se montre pas seulement au début de la maladie; il n'est pas rare de la rencontrer à toutes les périodes, succédant et se mélangeant aux autres lésions, soit qu'elle se développe à côté de la partie primitivement atteinte, et alors elle annonce une extension de l'affection cutanée, soit qu'elle survienne sur une partie déjà affectée, en indiquant ainsi une recrudescence, un retour momentané à l'état aigu.

Les lésions que nous venons d'indiquer comme constituant le caractère éruptif de la première période de l'eczéma peuvent s'effacer, et la maladie ne continue pas sa marche; la guérison a lieu promptement sans aucun phénomène consécutif. C'est ainsi que la sérosité contenue dans les vésicules peut se résorber, la vésicule s'affaisse, un peu plus tard l'épiderme qui a été soulevé s'exfolie, et on voit au-dessous de lui un épiderme nouveau un peu rouge, mais bien constitué. Le liquide purulent contenu dans les pustules peut également, mais beaucoup plus rarement, ne pas s'épancher au dehors; les papules peuvent s'affaisser sans être excoriées, les fissures de l'épiderme peuvent disparaître sans sécrétion, et les squames peuvent s'effacer peu à peu sans que la peau s'excorie. Dans ces différents cas la maladie ne franchit pas le premier degré; mais ces circonstances heureuses sont rares, et le plus ordinairement, après un temps variable et quelquefois très court, comme vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'épiderme s'excorie et

on voit survenir les phénomènes appartenant à la seconde période.

Deuxième période. — Elle est constituée principalement par des excoriations et par une sécrétion séro-purulente. Que la maladie ait débuté par des vésicules, des pustules, des taches exanthématiques, des fissures ou des squames, à un moment donné les vésicules ou les pustules se rompent, les papules s'excorient, l'épiderme se gerce entre les squames, et il survient des ulcérations cutanées superficielles plus ou moins étendues, tantôt arrondies, tantôt irrégulières, souvent séparées les unes des autres par les surfaces de peau saine et se réunissant, ordinairement plus tard, par l'extension de la maladie, de manière à occuper de larges espaces. De ces ulcérations suinte un liquide de couleur citrine, de consistance gommeuse, qui empèse le linge comme de l'empois, et qui se concrète s'il n'est pas enlevé incessamment par des lotions ou des applications humides. Ce liquide est alcalin; on y trouve, au microscope, des cellules de pus en quantité variable et des lamelles d'épiderme. Quelquefois il est tout à fait purulent; dans d'autres circonstances il est coloré en rouge ou en brun par l'addition du sang. Chez deux malades j'ai observé la sécrétion d'un liquide colorant en bleu les linges qui recouvraient la surface malade; dans ces deux cas cette coloration ne fut que momentanée. Les croûtes formées par la concrétion du liquide sécrété présentent de grandes variétés relativement à leur consistance, à leur épaisseur et à leur coloration. Tantôt on trouve sur la surface exulcérée des lamelles minces d'un jaune clair, peu adhérentes, formées d'épiderme doublé à l'intérieur par un peu de sérosité desséchée; tantôt ce sont de véritables croûtes plus ou moins épaisses et variant de couleur depuis le gris jusqu'au jaune et même au noir. Ces croûtes sont ordinairement adhérentes à l'ulcération

qu'elles recouvrent ; elles s'étendent même quelquefois un peu au delà sur les parties saines avoisinantes ; elles sont épaisses et colorées lorsque la lésion élémentaire a été constituée par des pustules ou bien lorsque le suintement devient purulent. Examinée au microscope, on y rencontre une grande quantité d'épiderme, du pus et souvent du sang.

Ces croûtes se grossissent par l'adjonction de nouvelles matières sécrétées ; la partie la plus superficielle se détache de temps en temps, quelquefois même la croûte entière tombe et laisse momentanément exposée à l'air la surface ulcérée, qui ne tarde pas à se couvrir d'une nouvelle concrétion rapidement formée. Que la croûte tombe spontanément ou qu'elle soit détachée artificiellement par des frictions ou des lotions, lorsqu'elle a été enlevée, on voit, au-dessous de l'endroit qu'elle occupait, la surface cutanée exulcérée d'un rouge vif, présentant habituellement une apparence ponctuée par l'addition à la surface rouge uniforme de petits points arrondis d'une coloration plus foncée. De ces points on voit sortir de petites goutelettes de sérosité qui bientôt se concrétera pour former de nouvelles croûtes. Ces points ont été considérés, sans preuve suffisante d'ailleurs, comme les orifices des conduits sudorifères.

Devergie a indiqué le premier cette apparence piquetée de la surface eczémateuse ; il en a fait un des caractères essentiels de l'eczéma. Je pense qu'elle existe fréquemment ; mais on trouve des exemples dans lesquels il est impossible de la constater, la rougeur est uniforme ou présente des nuances variées de coloration, mais sans trace de points. Autour de l'ulcération on trouve habituellement, sur la surface de la peau non entamée, une rougeur plus vive, plus ou moins étendue, quelquefois une légère desquamation épidermique. Au-dessous des surfaces malades on rencontre souvent un peu de gon-

flement dû à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, à un œdème inflammatoire. On peut alors, en pinçant la peau et le tissu sous-jacent, constater l'existence de cette infiltration ; mais ce phénomène n'est pas constant, et c'est à tort qu'Anderson (de Glascow) en a fait un des caractères essentiels de l'eczéma.

Troisième période. — Après un temps variable les ulcérations se sèchent, les croûtes tombent, et sur la partie malade on voit une surface rouge qui devient le siège d'une desquamation épidermique incessante ; les squames sont d'abord larges, épaisses, adhérentes, puis peu à peu, elles s'amincissent et finissent par se transformer en légers furfures, en une poussière farineuse qui diminue graduellement d'épaisseur et d'abondance ; en même temps la rougeur s'efface, la peau reprend peu à peu sa coloration normale. C'est pendant cette période, et surtout à son début, lorsque la desquamation est abondante et la rougeur de la peau assez vive, qu'on peut constater sur les parties atteintes d'eczéma, et particulièrement aux jambes, un aspect singulier de la peau qui doit être indiqué ; lorsque les malades sortent du bain, ou lorsqu'on vient de leur enlever des cataplasmes ou des linges mouillés, la peau est lisse et aussi luisante que si elle avait été enduite d'un vernis ; mais au bout d'un certain temps, cet épiderme si brillant se casse et se fendille en une multitude de parcelles qui tombent ensuite sous forme de squames.

Dans la marche ordinaire de l'eczéma, la troisième période succède à la seconde, ainsi que je viens de l'indiquer ; mais je dois ajouter que, dans quelques cas, elle suit immédiatement la période d'éruption initiale ; il n'y a pas d'ulcération ni de sécrétion, et l'épiderme qui avait été soulevé par les vésicules, les pustules ou les autres lésions, se détache et forme des squames qui se renouvellent en s'amincissant et en diminuant graduellement.

Après avoir indiqué les caractères principaux des trois degrés de l'eczéma, j'ajouterai qu'ils ne sont pas exclusifs les uns des autres et qu'ils coïncident très souvent chez le même malade, soit sur la même région, soit sur des parties éloignées. Rien de plus commun que de voir simultanément sur un même malade, atteint d'eczéma, des vésicules, des croûtes et des squames. Je ne dois pas omettre de dire non plus que non seulement ces périodes existent simultanément, mais qu'elles se succèdent irrégulièrement, de manière qu'on voit la première période, celle d'éruption, survenir sur des parties atteintes d'eczéma au second et au troisième degré et l'ulcération envahir des surfaces présentant la desquamation caractéristique de la troisième période. Comme j'aurai occasion de le dire en parlant de la marche de la maladie, ces recrudescences, ces irrégularités se retrouvent fréquemment dans l'eczéma.

Si l'on résume les différents traits que je viens de signaler comme appartenant aux trois périodes de l'eczéma, on trouve que la maladie est caractérisée dans les régions où elle existe par une éruption initiale variable (vésicules, pustules, papules, fissures, squamesou mélange de plusieurs de ces lésions), par une rougeur de la peau, quelquefois ponctuée, par une ou plusieurs ulcérations superficielles, par une sécrétion séro-purulente susceptible de se solidifier pour former des croûtes, et par une desquamation épidermique. En joignant à ces diverses lésions cutanées une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané qu'on rencontre quelquefois, on a la liste des caractères objectifs de l'eczéma, lesquels existent quelquefois tous, soit simultanément, soit successivement, tandis que, dans d'autres cas, plusieurs manquent complètement, et la maladie ne se manifeste alors, sous la forme la plus simple, que par le développement d'une, de deux ou de trois des lésions qui viennent d'être

indiquées. Je citerai pour exemple un eczéma dans lequel on trouve seulement de la rougeur et des squames (*eczéma sec*) ; un autre encore, dans lequel la maladie ne présente comme lésion que des gerçures épidermiques (*eczéma fendillé*).

A ces caractères objectifs apparents s'ajoutent des sensations morbides perçues par le malade et qui sont principalement un sentiment de chaleur et de démangeaison. La chaleur est quelquefois très forte, les malades s'en plaignent vivement, plusieurs laissent à découvert les parties affectées, dans l'espérance de la voir diminuer par le contact de l'air extérieur; d'autres, dans le même but, ont recours à des applications d'eau froide. Ce sentiment de chaleur tient d'ailleurs à une augmentation de température réelle dans les endroits affectés; j'ai constaté au thermomètre, depuis quelques dixièmes jusqu'à deux degrés d'augmentation. Quant à la démangeaison, elle constitue un des symptômes les plus pénibles et les plus opiniâtres de l'eczéma. Variable dans son intensité, elle est quelquefois constante; plus souvent elle présente des exacerbations momentanées qui se prolongent souvent pendant plusieurs heures; chez certains malades, elle est intermittente, et alors elle revient le plus souvent ou le soir ou le matin de bonne heure. Le sentiment de prurit est si vif, que les malades résistent bien rarement au besoin de se gratter, et cette action est une cause d'augmentation dans la gravité de la maladie par la rupture des vésicules, des pustules et des papules, et par l'ablation des croûtes. Trop souvent on voit un eczéma, paraissant parvenu à son terme, reprendre une nouvelle impulsion sous l'influence d'un grattage inconsidéré ou irrésistible. C'est que ce prurit est quelque chose d'insupportable; les malades souvent se déchirent la peau jusqu'à ce que la douleur ait remplacé la démangeaison; d'autres appliquent sur la surface

malade des substances irritantes, de l'eau vinaigrée par exemple, de l'eau de Cologne, pour changer le prurit en cuisson. La sensation éprouvée est ordinairement la démangeaison pure; quelques personnes croient sentir sur la peau la présence d'insectes; mais cette sorte de prurit, commune dans le prurigo, est rare dans l'eczéma. Dans quelques cas, les malades accusent des élancements, des douleurs vives et plus souvent encore un sentiment de cuisson.

La chaleur et la démangeaison sont ordinairement augmentées par la chaleur ambiante, par l'exercice et surtout par une alimentation excitante ou par les boissons alcooliques. Un accès de prurit suit souvent le repas le plus simple. On a dit encore que les variations atmosphériques pouvaient amener dans les parties malades des élancements et une augmentation de démangeaison. Dans les eczémas anciens, chez des individus nerveux ou goutteux, j'ai pu quelquefois, assez rarement d'ailleurs, constater cette influence des changements de temps.

Dans le début de la maladie, particulièrement dans l'eczéma aigu étendu à de larges surfaces, on peut constater des phénomènes fébriles : augmentation de la chaleur générale, augmentation de la fréquence du pouls; mais ces accidents sont de peu de durée, et le plus ordinairement ils manquent complètement pendant tout le cours de la maladie, à moins de complication incidente. Dans les eczémas chroniques, qui présentent de temps en temps des recrudescences aiguës, les poussées éruptives nouvelles sont quelquefois annoncées par un frisson ou un accès de fièvre. Les fonctions digestives sont ordinairement intactes, l'appétit est conservé; j'ai bien rarement observé, même dans les cas chroniques et chez des vieillards, la diarrhée que Biett, influencé probablement par les doctrines de Broussais, indiquait comme

une complication fréquente de l'eczéma ancien et qu'il rattachait à une gastro-entérite concomitante. Du côté du système nerveux, on n'observe que la démangeaison et souvent une insomnie fatigante qui en est le résultat. Cependant, chez quelques malades disposés à l'aliénation mentale, l'eczéma peut être le point de départ de troubles cérébraux et particulièrement de lypémanie. Dans le cas de sécrétions très abondantes, on peut voir survenir un amaigrissement notable; le même effet peut résulter d'insomnies opiniâtres. Mais le plus ordinairement l'habitude extérieure n'est pas changée et on voit souvent des malades conserver tout leur embonpoint et toute l'apparence de la bonne santé, malgré des eczémas de longue durée et occupant de larges surfaces.

L'étendue de l'eczéma est très variable; ordinairement la maladie commence sur un endroit assez limité et s'étend peu à peu; d'autres fois, dans la même région, plusieurs plaques d'eczéma apparaissent bien distinctes et finissent par se confondre par l'augmentation graduelle de leurs dimensions. Dans d'autres cas des points d'eczéma apparaissent soit simultanément, soit successivement dans des régions différentes et, tout en s'agrandissant, restent toujours séparés. Mais j'insisterai surtout sur ce fait, commun à toutes les maladies dartreuses, que l'eczéma tend à s'étendre et à se généraliser, c'est-à-dire à se développer sur différents points du corps, souvent éloignés de la région primitivement affectée et séparés d'elle par des intervalles de peau saine. On doit savoir encore que, même dans les éruptions très étendues, il est bien rare que la maladie occupe toute l'universalité de l'enveloppe cutanée; le plus ordinairement dans les cas d'eczémas dits généraux, il reste encore quelques parties de peau saine; nous reviendrons sur cette circonstance à propos du diagnostic.

Toutes les régions du corps peuvent être atteintes

d'eczéma; les parties sur lesquelles on l'observe le plus souvent sont la tête, les jambes, les mains et les avant-bras, les parties génitales et les aisselles. Aux oreilles, aux membres, la maladie se développe ordinairement simultanément ou successivement des deux côtés, de manière à présenter une disposition à peu près symétrique.

Non seulement l'eczéma peut occuper la peau des diverses régions du corps, mais il peut envahir les membranes muqueuses et principalement celles qui sont près de l'extérieur et qui se continuent avec l'enveloppe cutanée. On peut constater sa présence sur la conjonctive oculaire, sur les lèvres, à l'intérieur de la bouche et du pharynx, sur la langue, sur la muqueuse nasale, à l'anus et à la partie inférieure du rectum, à la vulve et au vagin chez les femmes. Dans ces circonstances, le plus ordinairement la maladie gagne de l'extérieur à l'intérieur et s'étend de la peau aux membranes muqueuses voisines.

Chez les malades déjà atteints d'eczéma, on voit encore se développer des affections catarrhales sur les membranes muqueuses situées plus profondément, et la coïncidence de ces affections avec une éruption eczémateuse a fait penser que l'affection interne était de même nature que l'éruption extérieure. On voit ainsi se développer des angines, des bronchites, des cystites, des catarrhes utérins, des uréthrites, plus rarement des entérites. Parmi les affections qui sont observées chez les personnes eczémateuses, je dois signaler encore des névralgies externes et viscérales et particulièrement les diverses espèces de gastralgie, et surtout l'asthme, soit sous la forme catarrhale, soit sous la forme nerveuse. Tantôt ces diverses complications se développent pendant le cours d'une éruption eczémateuse chronique et ne paraissent en être que l'extension; tantôt elles alternent

avec l'affection cutanée et paraissent constituer une sorte de répercussion.

En parlant des affections dartreuses en général, j'ai déjà signalé la fréquence du cancer chez les individus atteints de maladies dites herpétiques. C'est principalement chez les eczémateux qu'on observe cette fâcheuse complication. Sans considérer, comme mon collègue Bazin, le cancer comme une terminaison naturelle de l'eczéma, j'ai trop souvent constaté l'existence d'une affection cancéreuse d'un organe quelconque chez des malades ayant présenté à plusieurs reprises et souvent d'une manière très opiniâtre, des éruptions eczémateuses, pour que je ne croie pas devoir établir un certain lien entre l'eczéma et le cancer? Cette proposition est rejetée, je le sais, par un grand nombre de médecins : on ne peut l'étayer encore sur aucun relevé statistique suffisamment étendu; mais, pour juger de son exactitude, qu'on veuille bien interroger avec soin un certain nombre de cancéreux, et on pourra constater chez la plupart l'existence antérieure et souvent habituelle d'un eczéma.

Marche. — En décrivant les trois périodes de l'eczéma, en signalant la tendance de la maladie à s'étendre et à occuper simultanément ou successivement diverses régions de la peau, j'ai suffisamment indiqué la marche habituelle de la maladie pour n'avoir pas à y revenir : il est nécessaire d'insister un peu plus sur sa durée et sur ses terminaisons. Rien de plus variable que la durée de l'eczéma, rien de plus incertain à prévoir lors du début de la maladie. L'éruption peut disparaître au bout de quelques semaines, c'est la forme aiguë; mais le plus ordinairement elle se prolonge pendant plusieurs mois, soit qu'elle persiste dans la même région, soit qu'elle s'étende ou qu'elle se développe successivement dans différents points. Dans cette forme chronique, on doit

signaler des recrudescences fréquentes qui surviennent de temps en temps et souvent même au moment où l'on espérait que la maladie allait se terminer par la guérison. Ces poussées successives sont une des causes de la longue durée de la maladie, laquelle durée peut s'étendre à plusieurs années.

Dans quelques cas graves, heureusement assez rares, l'eczéma persiste indéfiniment, avec des améliorations et des exacerbations successives, avec des variations d'intensité ou d'étendue ; la guérison ne peut être obtenue. Mais le plus ordinairement, après un temps variable, comme je viens de l'indiquer, les phénomènes locaux de l'éruption s'affaiblissent, la peau reprend peu à peu ses caractères de coloration, de souplesse et d'aspect, et la maladie disparaît sans laisser aucune trace de son existence. C'est là le fait le plus commun ; après la guérison, la peau est aussi nette qu'avant la maladie. Dans quelques cas cependant, il persiste pendant longtemps, et même quelquefois toujours, une desquamation épidermique furfuracée, constituant ce qu'on appelle, en dermatologie, un pityriasis ; c'est surtout au cuir chevelu qu'on observe cette exfoliation. Chez d'autres malades, et c'est presque exclusivement lorsque l'eczéma a occupé les jambes et encore lorsqu'il est associé à des dilatations variqueuses, on constate d'une manière permanente, sur les régions affectées antérieurement, une coloration brune plus ou moins foncée, due à une accumulation anormale de pigment.

Dans la marche de l'eczéma, il est encore une chose qu'on doit mentionner : c'est la facilité, j'allais dire la fatalité des récidives. Il est bien rare qu'un malade dont la vie se prolonge ne soit affecté qu'une seule fois de cette maladie, et le plus ordinairement on la voit reparaître après un temps variable, tantôt à la même région, tantôt à un autre endroit, tantôt sous la même forme, tantôt

sous un autre aspect. L'intervalle entre les récidives est quelquefois seulement de quelques mois ; d'autres fois plusieurs années, dix, douze, quinze ans et plus s'écoulent avant la réapparition de l'éruption. Chez quelques malades, c'est habituellement à certaines époques de l'année que la maladie se manifeste, principalement au printemps et à l'automne. La fatalité des récidives n'est cependant pas absolue ; il y a des exemples de personnes n'ayant été atteintes qu'une seule fois d'eczéma, et je puis même ajouter que chez les enfants particulièrement, la maladie peut exister dans les premières années de la vie sans qu'elle se manifeste de nouveau plus tard.

Variétés. — La description que je viens de donner de l'eczéma ne comprend que les caractères généraux de la maladie ; mais cette affection est susceptible de revêtir des formes variées dans lesquelles le type de la maladie se trouve assez fortement modifié pour mériter une dénomination spéciale ; pour compléter l'histoire de la maladie qui nous occupe, il est nécessaire d'indiquer maintenant ces variétés, qu'on peut diviser en deux groupes, suivant que les particularités qui leur donnent une physionomie particulière dépendent de l'aspect de la maladie ou de son siège. C'est dans le premier groupe qu'on rencontre les variétés les plus importantes et les plus nombreuses ; plusieurs ont des caractères si particuliers et paraissent au premier abord si éloignées du type commun de l'eczéma qu'on a de la peine à les y rattacher et que même la plupart des dermatologistes les ont considérées comme constituant des genres distincts désignés par des dénominations particulières. Mais, en suivant avec attention l'évolution de ces formes éruptives, en constatant leur mélange habituel avec l'eczéma, en étudiant les transformations successives qu'elles su-

bissent, dans lesquelles on peut retrouver, à un moment donné, les caractères de l'affection eczémateuse, on arrive à se convaincre que ces états morbides doivent être rattachés à l'eczéma, que ce sont des variétés, des formes de cette maladie, mais qu'elles ne méritent pas de figurer dans la nosologie comme des espèces distinctes et indépendantes. Néanmoins, pour me conformer à l'usage, je décrirai à part l'impétigo, le pityriasis et le lichen, qu'Erasmus Wilson a appelés *affections eczémateuses*, et je ne parlerai ici que des variétés de l'eczéma proprement dit : 1° de l'eczéma *rouge ;* 2° de l'eczéma *simple* ou *vésiculeux ;* 3° de l'eczéma *fendillé ;* je mentionnerai encore quelques variétés moins importantes et je finirai par indiquer les modifications résultant du siège spécial de l'éruption.

1° *Eczéma rouge.* — Presque tous les auteurs ont décrit, sous le nom d'*eczema rubrum*, une variété distincte se rapprochant des fièvres éruptives et caractérisée principalement par l'acuité et la généralisation de l'éruption. Dans cette forme, il n'est pas rare de voir survenir au début, comme phénomènes prodromiques, de la courbature, du malaise, de l'inappétence, des nausées, de la fièvre, ainsi qu'on le voit dans la période d'invasion des fièvres éruptives; puis après un ou deux jours, on aperçoit sur divers points du corps, et principalement à la face et à la partie interne des articulations, de larges taches rouges au niveau desquelles se développe, en même temps, un sentiment très vif de chaleur et de prurit. Sur ces taches apparaissent bientôt des vésicules nombreuses, dont quelques-unes peuvent se réunir pour former des bulles, principalement aux mains et aux pieds, régions sur lesquelles l'épiderme très dur résiste à la rupture. A la face, les vésicules très ténues sont peu apparentes, mais le tissu cellulaire sous-dermique s'infiltre, et il survient souvent un gonflement

assez considérable qui pourrait faire croire à l'existence d'un érysipèle. Aux membres, sur le tronc, une partie des vésicules se résorbe sans se rompre; d'autres sont déchirées par les ongles ou par les frottements, et il en résulte une sécrétion de liquide qui se concrète pour former des croûtes peu épaisses, sous lesquelles se trouvent des ulcérations superficielles, qui se dessèchent promptement après la chute assez rapide des croûtes. Que les vésicules se soient affaissées sans se rompre, ou qu'elles se soient rompues et que des croûtes aient succédé à leur rupture, la maladie marche néanmoins avec assez de rapidité; après quelques jours d'éruption, les phénomènes généraux se dissipent, la santé générale reparaît et la peau devient le siège d'une desquamation surperficielle, qui se prolonge pendant quelques jours. La durée de la maladie est ordinairement de deux à six septénaires. Quelquefois cependant, au lieu de disparaître complètement, la maladie se fixe dans une région circonscrite, aux oreilles par exemple, aux mains, aux parties génitales, et elle y persiste avec les caractères de rougeur, de suintement et de croûtes qui caractérisent la marche chronique ordinaire de la maladie.

2° *Eczéma simple ou vésiculeux.* — Cette variété d'eczéma a servi de type à la description de la maladie par Willan et ses continuateurs; pour eux, la vésicule est la lésion essentielle et constante de l'éruption eczémateuse; je me suis déjà élevé contre cette opinion absolue qui peut faire commettre de nombreuses erreurs de diagnostic; je n'ai pas besoin d'y revenir ici. Mais, quoi qu'il en soit, la forme vésiculeuse se rencontre dans un assez grand nombre de cas, et alors on voit ordinairement, soit sur un point limité, soit sur diverses parties de l'enveloppe cutanée, des vésicules petites, acuminées, agglomérées, tantôt reposant sur des taches rouges, tantôt se développant sans aucun changement de colora-

tion de la peau. Ces vésicules sont ordinairement très peu résistantes; au bout de quelques heures, d'un jour ou de deux, elles se rompent, et leur rupture donne lieu à une sécrétion séreuse qui se concrète en croûtes foliacées, jaunâtres, assez minces, lesquelles, en se détachant, laissent une surface exulcérée rouge et ponctuée, ainsi que je l'ai déjà indiqué dans la description générale de l'eczéma. Une fois établie, cette période de sécrétion dure habituellement assez longtemps; la maladie se prolonge au moins pendant plusieurs semaines, s'étendant aux parties voisines ou éloignées, et ce n'est que plus tard que la peau présente l'aspect squameux caractéristique de la troisième période. Dans la forme vésiculeuse, il est rare de voir la sérosité, contenue dans les vésicules, se résorber sans que l'épiderme se rompe; quelquefois cependant aux pieds et aux mains, plus rarement à la figure, l'épiderme dur résiste à la distension, plusieurs vésicules se réunissent par la rupture des cloisons qui les séparaient, et il se forme consécutivement des bulles plus ou moins considérables remplies de sérosité claire ou séro-purulente, lesquelles peuvent s'affaisser par la résorption du liquide ou se rompre en laissant des ulcérations ordinairement plus profondes et plus douloureuses que celles qui résultent de la rupture des petites vésicules.

3° *Eczéma fendillé.* — Cette variété, qui a été complètement passée sous silence par Willan et par son école, se trouve souvent mélangée aux autres formes; mais elle peut exister seule; elle est caractérisée par des fissures épidermiqnes, figurées par des lignes parallèles et perpendiculaires qui se croisent et se joignent de manière à figurer l'aspect d'un plat de vieille faïence. Ces craquelures sont tantôt superficielles et sèches, la couche superficielle de l'épiderme est seule atteinte; tantôt elles sont plus profondes, une sécrétion séreuse s'établit, des croûtes se forment et couvrent les fentes épidermiques.

Comme dans tous les cas d'eczéma, il existe habituellement des cuissons et des démangeaisons; la douleur est surtout vive lorsque les fissures sont profondes et lorsqu'elles viennent au contact de l'air par la chute des croûtes. Ces fissures se rencontrent principalement aux jambes, à la face interne des cuisses et aux endroits où la peau est naturellement tiraillée par suite de mouvements fréquents, comme à l'anus, aux angles de la bouche, aux lèvres et aux doigts; dans l'état de santé, la peau cède facilement; mais, si son élasticité naturelle est diminuée par la maladie, l'épiderme devient plus sec et se casse. Ces gerçures sont surtout profondes et douloureuses aux doigts, dans les endroits qui correspondent aux articulations; à l'anus, elles constituent une espèce particulière de fissures, susceptibles de guérir sans opération.

Je crois devoir encore rattacher à l'eczéma fendillé une variété, désignée communément sous le nom d'*eczéma sec* et caractérisée par des taches rouges limitées et traversées par des fissures épidermiques. Ces taches figurent des cercles réguliers ou irréguliers, des losanges, des carrés; elles sont peu étendues, mais il en existe souvent plusieurs dans la même région; elles sont ordinairement sèches, à moins que le grattage occasionné par la démangeaison n'amène quelques excoriations superficielles et momentanées. C'est principalement à la face antérieure de la poitrine, dans la région sternale ou dans le dos, qu'on observe cet eczéma sec; je l'ai rencontré plus rarement à la face et aux membres. Cette variété a été indiquée à tort par les auteurs comme appartenant soit au lichen, soit au pityriasis; il n'y a pas de papules, et l'épiderme fendillé ne se détache pas de manière à former de véritables squames; d'ailleurs ces taches coïncident quelquefois avec une éruption franchement eczémateuse, et elles peuvent être le point de dé-

part d'une ulcération et d'une sécrétion séro-purulente caractéristiques de l'eczéma.

Quelques autres variétés moins importantes et moins distinctes, ce que l'on pourrait appeler, suivant l'expression d'Érasmus Wilson, des sous-variétés, ont encore été admises par quelques auteurs; nous nommerons seulement l'*eczéma muqueux*, qui se rencontre surtout aux aisselles, sous les seins, aux aines, et dans lequel la peau humide, ramollie et rouge, ressemble à une membrane muqueuse; l'*eczéma œdémateux*, caractérisé par l'infiltration du tissu cellulaire sous-jacent; l'*eczéma spargosiforme*, remarquable par une infiltration et une induration du tissu sous-cutané, assez considérable pour simuler l'éléphantiasis des Arabes; l'*eczéma scléreux* ou *verruqueux*, lequel, par l'abondance et la sécheresse des squames, ressemble au psoriasis. Sous le nom d'*eczéma nerveux*, Érasmus Wilson a indiqué une espèce dans laquelle, sans que l'éruption présente rien de spécial, il existe une douleur vive, lancinante comme celle de la névralgie, souvent périodique, et qui constitue le phénomène le plus important de la maladie.

Relativement à la configuration de l'éruption, je signalerai encore l'*eczéma marginé*, dans lequel l'éruption se présente sous forme de cercles dont le centre est sain; l'*eczéma nummulaire*, caractérisé par l'existence de taches disséminées et arrondies, maladie ordinairement longue à disparaître et rebelle à la médication la mieux indiquée. Par opposition à ces cas d'éruptions circonscrites, d'autres fois la maladie est diffuse (*eczema sparsum*) et répandue dans plusieurs régions sous forme de plaques plus ou moins étendues; elle peut même envahir, soit simultanément, soit successivement, la presque totalité de l'enveloppe cutanée; c'est alors l'eczéma généralisé ou universel. Ce dernier terme, toutefois, n'est pas exact, car, ainsi que je l'ai déjà dit, il est bien rare que

la totalité de la peau soit occupée par l'éruption eczémateuse.

Variétés suivant le siège.

Mais, outre ces diverses variétés de formes et d'aspect, l'eczéma présente encore des caractères spéciaux au siège qu'il occupe, et il est nécessaire de dire quelques mots des modifications qui surviennent dans l'apparence et dans la marche de l'éruption, suivant la région qu'elle occupe. Nous aurons à parler successivement de l'*eczéma de la face, des oreilles, des mains et des pieds, des jambes, des parties génitales, de l'ombilic et des parties couvertes de poils.*

1° *Eczéma de la face.* — L'eczéma se rencontre très fréquemment à la face ; chez les enfants, il s'y présente souvent sous la forme pustuleuse de l'impétigo. Les joues, le front sont recouverts de croûtes jaunes ou brunes, épaisses, inégales, recouvrant des ulcérations superficielles, desquelles s'écoule en grande abondance un liquide plastique dont la solidification forme des croûtes. Cette forme impétigineuse, qui survient particulièrement chez les enfants d'un tempérament lymphatique, est de longue durée ; elle est sujette à récidiver et s'accompagne souvent de l'engorgement inflammatoire des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. Chez les adultes, l'eczéma peut se présenter à la face sous toutes les formes. Il s'étend souvent aux paupières et aux lèvres ; aux paupières, le bord libre de ces replis oculaires est souvent affecté ; il en résulte une espèce particulière de blépharite ordinairement très rebelle et très sujette à récidiver. Le globe oculaire peut également être affecté, et on voit quelquefois coïncider avec l'eczéma une conjonctivite qui n'est que l'extension de l'affection cutanée. Aux lèvres, l'eczéma revêt surtout la forme squameuse ou la forme fendillée ;

l'ouverture de la bouche se trouve froncée et rétrécie, et les mouvements incessants pour parler et pour manger amènent des fissures souvent très douloureuses; dans la forme la moins grave, les lèvres sont le siège de productions squameuses foliacées, qui se renouvellent incessamment et qui se développent surtout pendant la saison froide. L'impétigo et l'eczéma fendillé des lèvres se rencontrent principalement chez les enfants scrofuleux; il est long et difficile à guérir. Dans les mêmes conditions de santé générale, on observe aussi l'eczéma des narines caractérisé par des croûtes plus ou moins épaisses, plus ou moins étendues dans l'intérieur des narines, et siégeant principalement près des orifices antérieurs.

Dans l'eczéma rouge aigu, la face est presque constamment atteinte; comme dans les fièvres éruptives, c'est souvent la région primitivement occupée par l'éruption. Dans cette forme, les vésicules sont ordinairement très peu apparentes; la peau est rouge et la face est le siège d'une tuméfaction considérable; les paupières surtout sont œdématiées et recouvrent complètement les yeux, qui ne peuvent s'ouvrir. Il y a là une apparence d'érysipèle qui trompe souvent les médecins inexpérimentés, mais qu'on devra toujours reconnaître en se rappelant que dans l'érysipèle la partie rouge et tuméfiée présente des limites très arrêtées et s'étend peu à peu en envahissant successivement les parties voisines, tandis que dans l'eczéma la rougeur et le gonflement surviennent d'emblée sur toute la face et se confondent insensiblement avec les parties saines voisines sans délimitation précise.

2° *Eczéma des oreilles.* — Les oreilles sont un siège de prédilection pour l'eczéma, soit que la maladie s'y développe primitivement, soit qu'elle débute sur le cuir chevelu ou sur la face et qu'elle envahisse les oreilles consécutivement. Elle se manifeste alors le plus souvent sous la forme vésiculeuse ou pustuleuse, et, à la seconde

période, on observe habituellement une abondante sécrétion de sérosité. A cette période aussi on peut constater un gonflement assez notable et une déformation telle, que les plis sont moins accusés et que les oreilles sont écartées de la tête, comme cela se voit lorsqu'elles sont atteintes d'érysipèle. Une autre particularité à noter dans l'eczéma des oreilles, c'est l'extension assez fréquente de la maladie au conduit auditif externe et le développement d'un certain degré de surdité, soit par la présence de matière séro-purulente et de croûtes, soit par l'existence de squames qui s'étendent jusqu'à la face externe de la membrane du tympan, et qui, rendant cette membrane plus épaisse et plus rigide, s'opposent ainsi à la netteté et à la finesse de l'ouïe.

3° *Eczéma des seins.* — L'eczéma des seins est observé presque exclusivement chez les femmes; il occupe d'abord le mamelon et il s'étend circulairement tout autour en formant ordinairement un cercle régulier. Le mamelon est affaissé et ne redevient saillant que lorsque la maladie tend à se terminer. Cet eczéma est de longue durée; il est difficile à guérir, surtout lorsqu'il se développe chez des personnes d'un tempérament lymphatique ; il n'est pas rare de le voir se prolonger au delà d'un an, malgré les soins les plus éclairés. Il se complique quelquefois de petits abcès sous-cutanés dans les mamelles ou aux aisselles. Mais je dois surtout noter, à l'occasion de l'eczéma des seins, les circonstances sous l'influence desquelles il se développe : on le rencontre presque exclusivement chez des femmes enceintes, chez des nourrices ou chez des femmes atteintes de la gale. Aussi, lorsque je constate de l'eczéma aux seins d'une femme qui n'est ni enceinte ni nourrice, je ne manque pas de rechercher immédiatement les signes caractéristiques de la gale, et je les trouve dans la presque unanimité des cas. Je ne saurais trop insister sur cette observation clinique que j'ai

déjà énoncée depuis plusieurs années, et qui peut aider au diagnostic de la gale. J'ajouterai qu'après la destruction des acares, et malgré la guérison bien certaine de la gale, l'eczéma persiste habituellement et présente la marche chronique et lente que je signalais tout à l'heure. Chez les hommes galeux, on peut aussi rencontrer ces eczémas des seins ; mais le fait est rare, et la maladie n'a jamais alors ni la même étendue, ni la même ténacité que chez la femme.

4° *Eczéma des mains et des pieds.* — L'eczéma siège assez souvent aux pieds et aux mains ; il peut s'y présenter avec les caractères généraux que nous avons indiqués et sous les différentes formes que nous avons admises ; mais il arrive quelquefois, et cela se rencontre surtout lorsque la maladie se trouve limitée aux pieds et aux mains, que l'eczéma de ces régions se présente sous des aspects particuliers, et cela est vrai surtout pour les mains, beaucoup plus exposées que les pieds au froid et à la chaleur et au contact de substances irritantes qui peuvent avoir une grande influence sur le développement de la maladie.

La forme, sur laquelle nous appellerons surtout l'attention, appartient à l'eczéma aigu vésiculeux. Dans cette maladie, les diverses régions des mains, et particulièrement les doigts, se recouvrent de vésicules d'abord petites, mais qui grossissent et dont les cloisons se rompent de manière à former, sur différents points, de véritables bulles, que quelques auteurs ont attribuées à tort à l'herpès ou au pemphigus. Cette éruption est souvent accompagnée de rougeur à la peau et de gonflement sous-cutané, ainsi que d'un sentiment très vif de chaleur, de cuisson et de démangeaison. Une fois développées, ces vésicules ou ces bulles peuvent se comporter de trois manières différentes : dans un premier cas, l'épiderme ne se rompt pas, le gonflement diminue, la sérosité de-

vient moins transparente ; elle prend une couleur jaune probablement due à la présence d'une matière colorante semblable à celle qui teint en jaune les croûtes impétigineuses, puis cette sérosité se résorbe graduellement et complètement ; en deux ou trois jours, la saillie s'efface, et il ne reste plus à la place qu'une tache d'un jaune plus ou moins foncé qui rappelle assez bien la couleur de l'épiderme touché par l'acide nitrique. Cette partie colorée se dessèche, se fendille et se détache au bout de cinq à huit jours, sous la forme d'une squame assez dure, à la surface interne de laquelle on peut constater une couche pulvérulente et granuleuse, formée par les matières solides contenues dans la sérosité et qui n'ont pas été résorbées avec la partie liquide. Si cette squame se détache spontanément, l'épiderme nouveau situé au-dessous d'elle est un peu rose, mais sain, et la guérison est prompte et complète. Dans un second cas, les vésicules ou les bulles se rompent, soit par la distension trop grande de l'épiderme, soit par un frottement ou par une dilacération accidentelle ; la sérosité s'épanche au dehors, l'épiderme se déchire de plus en plus et il en résulte une ulcération superficielle qui se recouvre de croûtes comme dans l'eczéma ordinaire. Après un temps plus ou moins long, la partie malade se sèche, il se forme encore quelques squames, puis la guérison arrive. Enfin, dans un troisième mode de terminaison, amené souvent par une médication irritante, les bulles ou les vésicules deviennent d'une couleur grise ; la sérosité qu'elles contiennent perd sa transparence et devient purulente ; une augmentation de douleur et de chaleur se fait sentir dans les parties malades ; quelquefois même un frisson, un malaise général et un mouvement fébrile se manifestent en même temps ; puis au bout d'un, de deux ou de trois jours, l'épiderme se rompt, le pus s'échappe au dehors et il s'établit une ulcération assez profonde qui gagne en

étendue, en envahissant graduellement les parties voisines par le soulèvement successif de l'épiderme; cette ulcération, tantôt rouge, tantôt recouverte d'une exsudation grisâtre, est le siège de douleurs vives, lancinantes, qui se font principalement sentir lorsque la partie malade est dans une portion déclive ou lorsque l'ulcération se trouve exposée au contact de l'air. La guérison est assez lente et n'a lieu ordinairement qu'après la formation successive de plusieurs plaques ulcérées. Au moment de l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux, il n'est pas rare d'observer une lymphangite et même une phlébite des vaisseaux de l'avant-bras et du bras.

Ces phénomènes locaux que nous venons de décrire sont observés principalement sur les mains; on peut les rencontrer également sur les pieds; souvent même ils existent simultanément aux mains et aux pieds; et dans ces deux régions le volume des vésicules, la guérison sans ulcération s'expliquent par la dureté et l'épaisseur de l'épiderme, qui peut se distendre sans se rompre. Dans un endroit où cet épiderme est le plus épais, à la paume des mains, à la plante des pieds, j'ai observé plusieurs fois des bulles ayant la grosseur d'une pomme d'api.

Plus souvent que cette forme vésiculeuse que je viens d'indiquer, on rencontre aux mains la forme papuleuse de l'eczéma. La maladie se présente sous la forme de plaques granuleuses, saillantes au-dessus du niveau de la peau, tantôt sèches, tantôt humectées par une sérosité qui se convertit en croûtes jaunes ou grises, ordinairement peu volumineuses; en même temps, de nombreuses crevasses existent dans les plis naturels, et principalement autour des jointures des doigts. Il y a de la démangeaison, mais peu de douleur, à moins de gerçures profondes. Une fois établie, cette maladie, qui occupe ordinairement, simultanément ou successivement, les deux mains, a une

marche très lente; elle présente de fréquentes exacerbations et elle se prolonge souvent pendant plusieurs mois et même plusieurs années; elle est très sujette aux récidives. Cette forme lichénoïde de l'eczéma, qu'on observe bien plus souvent aux mains qu'aux pieds, se rencontre le plus habituellement chez les gens exposés par leur profession à manier des substances irritantes, et particulièrement le sucre et des produits chimiques, chez les épiciers, chez les teinturiers, chez les confiseurs, chez les cuisiniers, chez les garçons de café, etc.; elle est désignée vulgairement sous le nom de *gale des épiciers*.

Je signalerai encore une autre forme toute spéciale d'eczéma des mains, qui se manifeste par une multitude de rides et de plis s'entre-croisant et existant principalement à la face palmaire de la main et des doigts. Avec ces plis, la peau est sèche et un peu rugueuse; quelques écailles épidémiques se détachent surtout au bout des doigts, qui sont le siège d'une desquamation incessante et quelquefois de légères ulcérations superficielles. J'ai observé cette variété d'eczéma fendillé particulièrement chez les cuisinières; elle succède souvent à la forme vésiculeuse ou papuleuse; elle a été désignée sous le nom d'*ichthyose professionnelle*.

Je ne dirai rien de l'eczéma des mains qui complique la gale; il n'a de particulier que le mélange des lésions appartenant aux deux maladies et que son siège plus spécial dans les interstices des doigts, lequel siège peut mettre sur la voie du diagnostic et doit engager à rechercher avec soin les signes caractéristiques de la gale.

Avant de quitter l'eczéma des mains et des pieds, je dois dire un mot de l'altération des ongles qui accompagne souvent cette maladie et qui peut même exister seule (*eczema unguium*) : le plus souvent, les ongles sont affectés lorsque la peau qui recouvre la racine de l'ongle est atteinte d'eczéma; dans ce cas encore, les replis de la

peau qui bordent l'ongle deviennent squameux et épais et peuvent être le siège de fissures. Quant aux ongles, ils sont rugueux et épaissis; leur face externe, au lieu d'être lisse et polie, est devenue inégale; elle présente, soit des stries horizontales, soit des points qui donnent à l'ongle une apparence rayée ou ponctuée; quelquefois même l'ongle est singulièrement augmenté d'épaisseur et présente de véritables rugosités; c'est surtout aux ongles des pieds qu'on rencontre cette dernière espèce de difformité. Plus rarement la sécrétion vicieuse épidermique existe à la face interne de l'ongle, et entre celui-ci et la peau on trouve une production squameuse très sèche, allongée, qui soulève l'ongle et le détache; dans cette affection, il n'y a ni douleur, ni démangeaison, mais les ongles sont singulièrement altérés dans leur apparence extérieure; ils se détachent sur leurs bords latéraux, et ils se cassent très facilement, ce qui devient une incommodité assez gênante pour les malades. Cet eczéma des ongles dure ordinairement assez longtemps; il peut guérir cependant, et on voit alors l'ongle reparaître près de sa racine avec son aspect normal et s'avancer peu à peu jusqu'à l'extrémité libre, en poussant devant lui la partie malade, qu'on doit couper à mesure qu'elle cesse d'être adhérente. Cette régénération de l'ongle demande environ de trois à six mois.

5° *Eczéma des jambes.* — Il y a peu de chose de spécial à dire sur l'eczéma des jambes; la maladie qui nous occupe se rencontre très souvent à cette région avec ses différents aspects; la seule chose à noter, c'est qu'elle coïncide souvent avec une dilatation variqueuse des veines : il résulte de cette association une durée plus grande de l'eczéma, le développement fréquent d'ulcères variqueux dont le point de départ se trouve dans l'exulcération eczémateuse, quelquefois un gonflement œdémateux ou même éléphantiasique, et souvent, après la

guérison, une coloration brune de la peau, laquelle persiste indéfiniment.

6° *Eczéma des parties génitales.* — Cette maladie se présente d'une manière un peu différente chez la femme et chez l'homme. Chez les femmes, l'éruption peut être bornée aux lèvres ou bien s'étendre à toute la surface des parties génitales externes, aux aines et aux environs de l'anus; il existe ordinairement alors une vive rougeur, quelques exulcérations, et souvent un suintement abondant qui mouille continuellement la partie atteinte et qui tache le linge en contact avec cette région; la maladie peut même s'étendre au vagin, dont la muqueuse rouge, gonflée, souvent mamelonnée, devient le siège d'une sécrétion séro-purulente, ordinairement assez considérable. C'est une véritable vaginite herpétique qui diffère de la vaginite spécifique par l'intensité du prurit, par le caractère plus séreux de l'écoulement et par l'exacerbation momentanée qui accompagne ordinairement l'époque des règles. Dans cet eczéma des parties génitales, la démangeaison est ordinairement très vive et revient par accès; elle oblige les malades à se gratter, à se déchirer avec les ongles, et il en résulte une sorte particulière d'onanisme, et plus tard, quelquefois, des habitudes vicieuses qui peuvent persister après la guérison de la maladie cutanée. Cet eczéma des parties génitales de la femme a souvent pour point de départ un écoulement leucorrhéique habituel qui produit à la peau une irritation continuelle. On le rencontre aussi fréquemment chez les femmes atteintes de diabète et j'ai plusieurs fois été amené à reconnaître cette dernière maladie par le seul fait d'un eczéma ou d'un érythème vulvaires; de là le précepte, qu'on ne doit pas oublier de mettre en pratique, qu'il faut examiner l'urine de toutes les femmes atteintes d'eczéma, d'érythème ou même de prurit simple des parties génitales.

Chez les hommes, l'eczéma peut affecter séparément la verge, le prépuce ou le gland, le scrotum, les aines et l'anus, ou occuper simultanément toutes ces régions. A la verge, il n'y a rien à noter, si ce n'est, dans la forme aiguë, un gonflement considérable dû à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-jacent normalement très lâche. Au prépuce, ou sur le gland, mais principalement à la face interne du prépuce, la forme vésiculeuse de l'eczéma se présente souvent avec un aspect particulier, qui l'a fait considérer comme une maladie spéciale désignée et connue sous le nom d'*herpès préputial*, laquelle, dans ces derniers temps, a été étudiée par Doyon, qui l'a appelée *herpès récidivant des parties génitales ;* l'observation attentive des faits m'ayant fait reconnaître que cette maladie n'existe que chez les hommes ayant eu antérieurement ou devant avoir plus tard des manifestations eczémateuses et l'éruption se présentant toujours d'ailleurs avec les caractères de l'eczéma, j'ai cherché depuis longtemps à établir que l'herpès préputial ne constituait pas un genre nosologique distinct, mais que ce n'était qu'un eczéma.

Dans cette variété, on voit apparaître quelques vésicules groupées les unes à côté des autres, remplies d'une sérosité transparente, qui peuvent se dessécher rapidement et ne laisser à leur place qu'une macule violette, qui ne tarde pas à disparaître. Mais, d'autres fois aussi, la maladie ne se termine pas aussi simplement : la sérosité contenue dans les vésicules devient purulente; l'épiderme se déchire et, à la place de la saillie vésiculeuse, on voit une ulcération plus ou moins étendue, ordinairement arrondie, quelquefois même assez profonde, qui simule le chancre avec d'autant plus de facilité que cette altération de la peau ou de la muqueuse survient souvent peu de temps après le coït. Le plus ordinairement, cependant, après quelques jours, cette ulcération se sèche et dispa-

rait sans laisser aucune trace. Quelquefois il persiste à l'intérieur du prépuce, pendant plusieurs mois, un suintement séro-purulent et quelques ulcérations superficielles qui changent de place.

L'eczéma préputial ne sollicite que peu de symptômes généraux ou locaux; il n'y a ni malaise, ni fièvre; l'éruption s'accompagne quelquefois d'un peu de cuisson et d'une légère démangeaison; très souvent les malades n'éprouvent aucune sensation, la vue seule les avertit de l'existence de la maladie.

Chaque groupe de vésicules ou chaque vésicule isolée a une marche assez aiguë, et la disparition de l'éruption arrive dans un temps assez court, qui varie depuis huit jusqu'à vingt jours, et qui peut même se prolonger jusqu'à deux mois en cas d'ulcérations rebelles. Mais il faut savoir que cette maladie est excessivement sujette aux récidives, et que chez quelques personnes elle existe, en réalité, presque en permanence. Ces récidives ont souvent lieu deux ou trois fois par an; quelquefois les éruptions se succèdent à deux ou trois mois d'intervalle. Cette tendance habituelle aux récidives est très bien exprimée par la dénomination d'*herpès récidivant des parties génitales* proposée par Doyon (1). Ces éruptions successives ont souvent lieu spontanément, sans cause appréciable; quelquefois elles surviennent après une fatigue, après un excès alimentaire et principalement après le coït. Quelques malades, sujets aux herpès des parties génitales, ne peuvent avoir des rapports sexuels sans voir une éruption vésiculeuse survenir à la verge le lendemain ou le surlendemain du coït. Mon observation me permet d'affirmer que ces accidents sont surtout fréquents lorsque le rapprochement a eu lieu avec une femme nouvelle. J'ai vu ainsi un assez grand nombre d'hommes, ayant payé

(1) A. Doyon, *De l'herpès récidivant des parties génitales*. Paris, 1868.

leur inconstance d'un nombre indéfini d'herpès, ne plus être atteints de cette affection après leur mariage.

Le diagnostic de l'eczéma génital n'est pas toujours facile, surtout lorsqu'on n'a pas assisté à l'éruption vésiculeuse du début et lorsqu'on ne voit la maladie que sous la forme d'ulcérations.

Le point le plus important est certainement celui qui se rattache aux signes différentiels entre l'eczéma génital et les ulcères syphilitiques et vénériens développés sur le prépuce et sur le gland. Il y a peu de difficulté s'il s'agit du chancre syphilitique parfaitement caractérisé par son début tuberculeux, par son ulcération profonde, et surtout par l'induration de sa base; mais le problème est plus difficile à résoudre lorsqu'il faut chercher à distinguer les ulcérations eczémateuses des chancres mous, souvent multiples, peu profonds et d'une étendue assez grande en superficie. Dans ces circonstances, l'eczéma se distinguera par le peu de profondeur des ulcérations, formées seulement par l'enlèvement de l'épithélium, par la couleur rosée de la partie ulcérée et quelquefois par le dépôt sur cette ulcération d'un léger débris épithélial blanchâtre; tandis que le chancre sera caractérisé par l'étendue et la profondeur des ulcérations, par l'élévation des bords de l'ulcère, par son fond grisâtre, par la marche lente et souvent envahissante de la maladie, et aussi par l'engorgement inflammatoire et douloureux, avec tendance à la suppuration, des ganglions inguinaux, bien rarement atteints dans l'herpès. Malgré ces caractères distinctifs, il est des circonstances où l'erreur n'est possible à éviter qu'en étudiant la marche de la maladie, bien plus rapide dans l'eczéma que dans le chancre mou, et en ajournant son jugement. Dans ces cas douteux, on pourrait sortir d'embarras par l'inoculation du pus recueilli sur l'ulcération, lequel devrait donner lieu à une pustule, puis à une ulcération chancreuse, si ce pus

appartenait à un chancre, tandis que le résultat devrait toujours être négatif, si l'ulcération était eczémateuse.

A propos du diagnostic, je dois encore signaler une autre affection pouvant survenir au gland et au prépuce, chez quelques hommes atteints du diabète, et qui se rapproche assez de l'eczéma pour avoir été confondue avec lui. Dans cette maladie, le gland et le prépuce sont rouges et sécrètent un liquide puriforme; ils présentent quelques ulcérations superficielles assez étendues; et souvent on voit sur le gland une sorte de fausse membrane blanchâtre qui le recouvre plus ou moins complètement. Il existe dans ces cas un sentiment habituel et souvent très vif de cuisson et de démangeaison. La glucosurie peut être reconnue lorsqu'on trouve cette fausse membrane que je viens d'indiquer; mais, si ce signe n'existe pas, la ténacité, la résistance de la maladie locale à tous les moyens de traitement, peut seule faire soupçonner le diabète; l'examen de l'urine décidera la question.

Il est nécessaire de mentionner la confusion qui peut exister entre l'eczéma génital et l'éruption spéciale qui survient à la verge chez les hommes atteints de gale. Pour distinguer ces affections, on devra se rappeler que l'éruption scabieuse est constituée par une élévation papuleuse assez considérable sur le fourreau de la verge et par des sillons sur la verge et sur le gland.

L'eczéma génital n'est jamais une maladie grave, mais par ses récidives, par sa ténacité, il constitue une affection très désagréable et qui fait le tourment des personnes qui en sont atteintes; elles en sont d'autant plus tourmentées qu'elles se persuadent presque toujours que les ulcérations sont de nature syphilitique.

L'eczéma génital est surtout commun chez les jeunes sujets et chez les adultes; il se rencontre bien plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Chez les premiers, il survient quelquefois spontanément; dans d'au-

tres circonstances, il apparaît à la suite d'un excès de table, d'une fatigue, d'une veille prolongée, ou bien il se développe après un coït; dans ce dernier cas, on a invoqué l'influence d'une leucorrhée chez la femme avec laquelle a eu lieu le rapport sexuel; mais cette dernière cause est très contestable, l'eczéma survenant dans des cas où on ne peut la constater. Chez les femmes, l'eczéma est soumis aux mêmes causes; de plus, il paraît se développer par suite de malpropreté. Dans son mémoire sur l'herpès des parties génitales, Doyon a signalé comme une cause habituelle et presque exclusive de cette maladie chez les hommes, l'existence d'un écoulement blennorhagique, d'un chancre mou ou même d'un chancre infectant, ainsi que la présence de plaques muqueuses, le contact du pus ou de la matière sécrétée par les plaques muqueuses déterminant une inflammation spéciale qui se traduit par l'éruption herpétique. Nous accordons en effet que ces accidents peuvent être le point de départ d'accidents eczémateux se prolongeant ensuite et récidivant fréquemment; mais nous affirmons que la maladie peut se développer en dehors de ces accidents vénériens et survenir dans les conditions que j'ai indiquées tout à l'heure.

Bazin considérait l'herpès des parties génitales comme une dépendance de l'arthritis; cette opinion est bien souvent en contradiction avec les faits qui nous montrent l'herpès chez des gens qui ne présentent aucun des signes attribués par Bazin à la maladie qu'il appelle l'arthritis. Ce que j'ai observé bien plus souvent, c'est le développement de l'herpès préputial et vulvaire chez des individus qui présentaient en même temps ou qui avaient présenté plus ou moins longtemps auparavant des éruptions eczémateuses. Cette association est si fréquente, que je suis arrivé, ainsi que je l'ai déjà dit, à considérer l'herpès préputial comme une forme de l'eczéma. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'herpès n'est

jamais un accident syphilitique, bien qu'il puisse avoir pour point de départ quelques accidents vénériens. Il est nécessaire que le médecin soit bien certain de cette opinion pour s'opposer aux idées des malades qui cherchent fréquemment à rattacher l'herpès à la syphilis ou à un chancre simple antérieur et qui réclament à tort un traitement spécial.

Au scrotum l'éruption est surtout caractérisée par une marche chronique; un suintement abondant, alternant souvent avec la production de lamelles épidermiques larges et minces, se prolonge pendant plusieurs mois et s'accompagne de démangeaisons vives. Soit au début, soit à la fin de la maladie, on peut, dans cette région, observer quelquefois la forme fendillée de l'eczéma. Chez l'homme et chez la femme, l'anus et les parties qui l'avoisinent peuvent être le siège de l'eczéma; la maladie se prolonge même souvent à l'intérieur de l'anus et peut coïncider avec des hémorrhoïdes; une démangeaison extrêmement vive existe avec des paroxysmes d'exacerbations qui reviennent de temps en temps et qui amènent des besoins irrésistibles de se gratter. Les exacerbations ont lieu surtout le soir au moment de se mettre au lit; les malades se grattent, introduisent même le doigt à l'intérieur de l'anus, et, à la suite de cette irritation mécanique, il survient, à la partie inférieure du rectum, une sécrétion séreuse et une sensation de cuisson, puis, à la suite de ces phénomènes, survient un sentiment de soulagement momentané. L'eczéma de l'anus se complique quelquefois de gerçures et de fissures superficielles. Ces excoriations sont ordinairement multiples, elles sont moins douloureuses que la fissure proprement dite avec rétrécissement spasmodique de l'anus, et elles sont susceptibles de guérir sans opération.

7° L'*eczéma de l'ombilic* coïncide souvent avec la même maladie occupant la région abdominale antérieure;

il peut exister seul, et, le plus ordinairement alors, une éruption de même nature existe dans une région quelconque. La maladie est surtout caractérisée par la rougeur de la peau et par un suintement assez prononcé ; la guérison est assez lente à obtenir. On doit faire attention de ne pas confondre cet eczéma avec une plaque muqueuse syphilitique qui n'est pas rare en cet endroit. Celle-ci d'ailleurs est plus saillante, plus fongueuse, et coïncide avec d'autres plaques semblables de la peau ou des membranes muqueuses.

8° *Eczéma des parties pileuses* (*eczema pilare*). — C'est principalement au cuir chevelu qu'on observe cette variété de siège, laquelle peut exister à tout âge, mais se présente plus communément chez les enfants, où elle constitue, avec les éruptions eczémateuses de la face, ce qu'on a appelé les gourmes. A la tête, sur les parties couvertes de cheveux, l'eczéma débute rarement par des vésicules ou des papules ; on y observe plutôt les formes pustuleuse ou squameuse. Les pustules se rompent très vite, et il survient à leur place un suintement qui se concrète en formant des croûtes souvent assez épaisses qui recouvrent la tête comme une espèce de calotte. Lorsque les croûtes sont enlevées, on voit le cuir chevelu rouge et exulcéré, et il existe souvent, au-dessous de la peau, une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané qu'on rend très manifeste par la pression du doigt. Au lieu de présenter cette forme impétigineuse, la maladie peut débuter par une desquamation assez légère, formée par le développement d'écailles épidermiques très fines, se détachant sous forme de poussière. C'est le pityriasis de la tête (*pityriasis capitis*) ; puis, à un moment donné, après un temps plus ou moins long, les squames deviennent plus nombreuses, plus épaisses, l'épiderme se fend, une sécrétion séreuse s'établit dans ces fissures, des croûtes se forment, et l'eczéma est établi. A la fin d'un

eczéma ordinaire, avec suintement et croûtes, on voit également la sécrétion séro-purulente se tarir; les croûtes tombent, et la maladie se termine avec cette forme pityriasique que nous venons d'indiquer. Au cuir chevelu les démangeaisons ne sont pas habituellement très vives, surtout dans la forme impétigineuse. Quelle que soit sa forme, lorsque la maladie se prolonge, il est habituel de voir tomber les cheveux; mais, comme l'affection de la peau est très superficielle et comme les follicules pileux ne sont pas atteints, les cheveux repoussent presque constamment après la guérison; j'ai même vu, chez certaines personnes qui avaient peu de cheveux, la chevelure devenir un peu plus touffue qu'avant la maladie. Avec l'eczéma du cuir chevelu, on voit ordinairement coïncider l'eczéma des oreilles. Dans la forme squameuse, lorsqu'on hésite pour savoir si les squames appartiennent à un pityriasis ou à un psoriasis, l'existence actuelle ou antérieure de suintement et de croûtes aux oreilles aide à reconnaître l'eczéma.

Chez l'homme on observe quelquefois, mais assez rarement, l'eczéma sur les parties de la face couvertes de barbe; il ne présente d'ailleurs dans ce siège aucune particularité. On doit seulement le distinguer d'une autre maladie siégeant dans les follicules pileux et caractérisée par une petite pustule au centre de laquelle on voit manifestement un poil. Cette affection, bien plus rebelle que l'eczéma pustuleux, a été désignée tantôt sous le nom de *sycosis*, dénomination qu'on doit réserver à l'affection causée par la présence du trichophyton dans la barbe, tantôt sous celui d'*impétigo pilaire;* j'ai proposé de l'appeler *adénotrichie* (voy. *Impétigo*).

L'eczéma peut encore affecter les autres régions couvertes de poils, le pubis, les aisselles; il s'y présente surtout avec du suintement et des croûtes, et il y affecte une marche très chronique. Aux aisselles la maladie s'ac-

compagne souvent de petits abcès étudiés principalement par A. Verneuil (1), sous le nom d'*hydrosadénites*, lesquels ne sont, en effet, que des inflammations des glandes sudoripares, nombreuses et volumineuses dans cette région.

Complications. — Quelles que soient la forme et la variété de l'eczéma, il arrive assez fréquemment que l'éruption cutanée soit accompagnée de quelques accidents n'appartenant pas directement à la maladie et constituant de véritables complications. Parmi ces accidents, nous signalerons la présence de furoncles qui se répètent souvent en assez grand nombre et pendant un temps assez long; il n'est pas rare de voir survenir ces furoncles au moment où la guérison de l'affection eczémateuse semble s'annoncer. Cela est vrai surtout dans l'eczéma aigu; dans la forme chronique de la maladie on peut également rencontrer des furoncles qui surviennent de temps en temps. Des abcès sous-cutanés peuvent aussi se manifester dans les régions atteintes par l'eczéma; on les observe surtout dans les eczémas des aisselles et des seins, et à la tête chez les enfants atteints d'eczéma impétigineux du cuir chevelu. Ces abcès sont ordinairement peu étendus et n'ont aucune gravité. Dans le voisinage d'un eczéma, et particulièrement dans la forme impétigineuse, on peut constater quelquefois l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins; cette circonstance se rencontre surtout chez les scrofuleux, et cette inflammation ganglionnaire peut se terminer par suppuration.

Nous avons déjà parlé des angines granuleuses, des bronchites chroniques, et principalement de l'asthme, qui surviennent pendant le cours ou après la disparition de l'eczéma; nous avons dit que ces affections paraissaient

(1) Verneuil, *Arch. de méd.*, 5e série, t. IV.

être le résultat de l'extension de la maladie cutanée aux membranes muqueuses, je n'y reviendrai pas. Ces angines, ces bronchites, ces asthmes, ces catarrhes de vessie, constituent des complications fâcheuses. Je signalerai également comme assez fréquentes chez les eczémateux les dyspepsies, les gastralgies et les névralgies externes, particulièrement la névralgie temporale et la sciatique, que j'ai déjà signalées.

Diagnostic. — Le plus habituellement l'eczéma est une maladie facile à reconnaître : on peut en établir le diagnostic sur l'existence de quelques-unes de ses lésions élémentaires, vésicules ou pustules acuminées et agminées, papules petites et réunies, fissures, squames, sur la présence des caractères objectifs de la seconde période, de la rougeur ponctuée, de l'exulcération, du suintement séro-purulent, des croûtes jaunes ou brunes, enfin des squames lamelleuses ou furfuracées, du luisant de la peau caractérisant la troisième période, et encore sur le sentiment de chaleur, de cuisson, de démangeaison développé dans les parties malades : tous ces phénomènes, sans même qu'il soit besoin qu'ils se trouvent réunis, doivent faire reconnaître un eczéma. Quelques maladies cutanées cependant présentent quelques traits de ressemblance avec l'affection eczémateuse, et il faut entrer dans quelques détails du diagnostic différentiel. Ces affections sont principalement l'*érythème*, le *pemphigus*, le *psoriasis*, la *gale*, l'*herpes* et certaines éruptions miliaires sudorales. Je vais indiquer rapidement les traits distinctifs qui les séparent de l'eczéma.

L'érythème simple est rarement confondu avec la maladie qui nous occupe : la peau est rouge, mais sèche ; la maladie est ordinairement limitée, et, s'il existe de la chaleur dans les régions malades, il n'y a pas de démangeaisons; la desquamation d'ailleurs est superficielle et n'a lieu qu'une fois, l'épiderme nouveau ne s'exfolie

plus et ne se renouvelle pas incessamment comme dans l'eczéma sec. L'érythème vésiculo-pustuleux, caractérisé par des plaques rouges sur lesquelles se développent de petites vésico-pustules, ressemblerait davantage à l'eczéma, et cette méprise a lieu très souvent; la localisation de l'éruption qui s'étend peu et ne se généralise jamais, la marche aiguë et la durée courte de l'affection devraient empêcher l'erreur. Mais la distinction est bien plus difficile à faire entre l'éruption eczémateuse et l'érythème intertrigo : dans cette dernière maladie, il existe en effet une rougeur vive de la peau, une exulcération et un suintement séro-purulent. On devra néanmoins reconnaître l'intertrigo à sa limitation précise aux parties de la peau qui frottent ou qui sont en contact l'une avec l'autre, au peu de plasticité de la matière sécrétée et à l'absence habituelle de croûtes et même de squames lamelleuses (voy. *Érythème*, p. 192).

Le pemphigus bulleux ne saurait être confondu avec l'eczéma que lorsque cette dernière maladie se présente avec la forme aiguë aux mains et aux pieds, et lorsqu'il se manifeste dans ces régions des bulles plus ou moins volumineuses; l'existence antérieure des vésicules qui se réunissent pour former des bulles secondaires, le siège exclusif de la maladie, doivent servir alors à faire reconnaître l'eczéma. Dans le pemphigus foliacé, l'erreur est plus difficile à éviter : dans les deux maladies, il y a une exfoliation épidermique, du suintement, des ulcérations superficielles et des croûtes; souvent même dans le pemphigus la démangeaison est aussi vive que dans l'eczéma. Mais dans le pemphigus foliacé, les squames sont larges, juxtaposées, relevées légèrement sur leurs bords; elles sont peu adhérentes, se détachent facilement, et il en tombe tous les jours dans le lit une quantité considérable; au-dessous de ces squames existent un suintement séro-purulent peu plastique et des ulcérations

superficielles; et surtout le pemphigus foliacé envahit promptement toute la surface cutanée, et, dans les cas douteux de diagnostic, cette extension universelle de la maladie vient aider au diagnostic, l'eczéma même le plus généralisé laissant toujours quelques régions exemptes d'éruption. J'ajouterai encore, comme un signe distinctif précieux à rechercher, que, dans le cours du pemphigus ou au moins au début, quelques bulles se développent ou ont existé.

Il est ordinairement facile de distinguer le psoriasis de l'eczéma; toutefois dans la forme sèche et squameuse de l'eczéma, dans le lichen invétéré caractérisé par l'épaisseur, la rudesse et la desquamation de la peau, le diagnostic peut être assez difficile. Au cuir chevelu le psoriasis, caractérisé par des squames blanches ou grises, plus ou moins épaisses, ressemble beaucoup à l'eczéma sec; toutefois les écailles épidermiques du psoriasis sont plus épaisses, plus adhérentes, plus accumulées les unes sur les autres; l'éruption a toujours été sèche, tandis que dans l'eczéma il y a eu souvent du suintement à un moment donné; enfin le psoriasis circonscrit à une seule région est bien rare, et lorsque cette maladie existe on retrouve habituellement des taches incontestables de psoriasis sur quelque point du corps et principalement aux coudes et aux genoux.

Dans la gale, il existe fréquemment aux mains, dans l'interstice des doigts et sur leurs faces latérales, à la face palmaire du poignet et quelquefois même aux pieds, des vésicules, qu'on pourrait prendre pour la lésion élémentaire de l'eczéma; mais ces vésicules sont peu nombreuses, elles sont isolées, elles ont un volume plus considérable que les vésicules eczémateuses et leur siège spécial permettra de soupçonner la gale, que la recherche des sillons et des acares fera sûrement reconnaître. On doit être prévenu d'ailleurs qu'avec la gale on ren-

contre assez fréquemment aux mains et ailleurs une éruption réellement eczémateuse. La recherche de sillons et des autres signes de la gale est alors un complément indispensable au diagnostic.

Quant à l'herpès, il est facile à distinguer de l'eczéma par le groupement des vésicules, par la localisation habituellement circonscrite de l'éruption, placée ordinairement au visage et principalement autour de la bouche, ainsi que par la marche aiguë de l'affection, presque constamment consécutive à une affection fébrile. Je ne parle pas ici du diagnostic différentiel de l'eczéma et de l'herpès préputial, cette dernière affection n'étant pour moi, ainsi que je l'ai déjà dit, qu'une manifestation eczémateuse qu'on a eu tort de considérer comme un herpès.

On a confondu souvent avec l'eczéma des éruptions vésiculeuses généralisées circonscrites à certaines régions, survenant après des sueurs abondantes, dans la suette, dans le rhumatisme articulaire, dans les fièvres intermittentes et dans quelques autres maladies caractérisées par des sueurs profuses. Ces éruptions sudorales, qu'on a désignées quelquefois sous le nom de miliaire, se distinguent de l'eczéma par l'intégrité des vésicules qui se dessèchent et se flétrissent sans se rompre, par l'absence d'ulcération et de suintement, par le défaut habituel de démangeaisons et surtout par l'existence antérieure de sueurs abondantes.

Pronostic. — L'eczéma n'est pas une maladie grave en ce sens qu'il ne menace pas l'existence; c'est à peine si l'on peut trouver dans les divers auteurs quelques cas de mort causée par cette maladie. J'en ai cependant observé un exemple chez une femme atteinte d'eczéma rouge, aigu, généralisé : elle présentait des phénomènes fébriles très prononcés et elle succomba après avoir offert les signes de congestion des poumons et du cer-

veau qu'on rencontre quelquefois dans les fièvres éruptives. L'autopsie ne fit reconnaître également que ces mêmes congestions. Mais, si l'eczéma ne cause pas la mort, c'est néanmoins une maladie désagréable par sa longue durée habituelle, par la démangeaison qui empêche souvent le sommeil, par la déformation qu'elle apporte à la peau et souvent dans des régions qui restent ordinairement découvertes, et surtout par la facilité des récidives. D'un autre côté, cette maladie n'attaque que la partie la plus superficielle de la peau, et, lorsqu'elle disparaît, elle laisse le plus habituellement dans l'état normal les parties qui ont été atteintes, sans taches et sans cicatrices.

Le pronostic varie d'ailleurs suivant les variétés de la maladie et suivant les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. La forme aiguë est une des plus favorables à un prompt rétablissement, surtout si la maladie n'est pas aggravée par un traitement intempestif. L'eczéma vésiculeux peu étendu est une forme assez peu grave, surtout s'il ne s'étend pas trop loin au delà des parties primitivement atteintes; au contraire, l'eczéma qui gagne successivement plusieurs régions est ordinairement de longue durée; j'en dirai autant de l'eczéma nummulaire et circonscrit. Les formes sèches et papuleuses offrent ordinairement une grande résistance aux moyens thérapeutiques. Une éruption eczémateuse qui existe depuis l'enfance et qui a déjà récidivé plusieurs fois est également très rebelle. L'eczéma des parties pileuses, du cuir chevelu, de la barbe, des aisselles ou des parties génitales, est ordinairement d'une durée plus longue que celui qui atteint les régions glabres. Enfin, l'eczéma qui se prolonge sur les membranes muqueuses, dans la bouche, sur les yeux, à l'anus ou dans le vagin, est assez grave; celui qui atteint les bronches et qui s'accompagne des phénomènes du catarrhe bronchique ou

d'asthme, est d'un pronostic encore plus sérieux; à la suite de plusieurs atteintes de bronchite ou d'asthme, la maladie peut s'établir d'une manière permanente dans l'appareil pulmonaire et amener la bronchite chronique et l'emphysème avec tous ses symptômes et toutes ses conséquences.

Chez les vieillards, chez les gens affaiblis par une cause quelconque, l'eczéma a une assez grande gravité; la sécrétion séro-purulente et épidermique qu'il amène à la peau constitue une perte pour l'économie et augmente la faiblesse préexistante. Chez les gens âgés, il n'est pas rare de voir la maladie s'établir définitivement et persister, sans guérison, avec des variations d'intensité et d'étendue. Chez les scrofuleux, l'eczéma est ordinairement d'une assez longue durée. Il en est de même des goutteux et des gens d'une grande susceptibilité nerveuse; chez eux l'eczéma se prolonge habituellement et s'accompagne de douleurs et de démangeaisons souvent hors de proportion avec l'apparence extérieure de la maladie cutanée.

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur cette question, posée assez souvent par les gens du monde et même par les médecins : N'est-il pas dangereux de guérir l'eczéma? La disparition de cette éruption n'a jamais lieu que lentement, et j'ai bien rarement vu des accidents survenir après la guérison. Cependant j'ai déjà indiqué quelques cas dans lesquels des bronchites, des dyspepsies, des gastralgies ou des diarrhées, alternaient avec des eczémas; dans ces circonstances il faudrait mieux abandonner à elle-même la maladie cutanée. D'un autre côté, peut-on espérer obtenir la guérison définitive de l'eczéma? La récidive habituelle de cette maladie ne permet pas de l'espérer habituellement, et une nouvelle éruption est d'autant plus à craindre qu'il y a déjà eu plus d'atteintes. Cependant on a cité des exemples de malades

chez lesquels l'eczéma ne s'était manifesté qu'une fois sans se reproduire pendant une longue période de temps; si donc on doit craindre les récidives, on ne peut, d'une manière absolue, affirmer qu'elles auront lieu.

Étiologie. — L'eczéma est la plus commune de toutes les maladies de la peau. Sur un total de 9042 cas d'affections cutanées diverses, empruntés aux statistiques d'Erasmus Wilson, de Devergie et d'Anderson (de Glasgow), on trouve 2398 eczémas, c'est-à-dire presque 1 eczéma sur 2. Je crois cette proportion un peu trop forte; mais, néanmoins, on doit la citer pour établir la grande fréquence de l'eczéma. Cette maladie est observée chez les individus des deux sexes; on a dit qu'elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes; les recherches statistiques modernes établissent le contraire : sur 198 cas d'eczéma, Erasmus Wilson a trouvé 171 hommes et 127 femmes; Anderson, sur 500 malades a noté 296 fois l'eczéma chez les hommes et 204 fois chez les femmes, et sur 6000 cas, Hébra a rencontré 4000 fois des hommes et 2000 fois seulement des femmes.

Parmi les causes qui paraissent favoriser le développement de l'eczéma, les unes sont prédisposantes, les autres accidentelles ou déterminatives. Au premier rang des premières on doit placer l'hérédité, que je regarde comme la cause la plus commune et la plus incontestable de l'eczéma, et je ne comprends pas comment elle a pu être niée par un observateur aussi distingué que le professeur Hébra (1). Si on interroge des malades intelligents, et surtout des personnes de la classe aisée, qui sont au courant de la santé de leurs parents et de leurs proches, on rencontre le plus souvent cette influence dans la ligne directe ou dans la ligne collatérale rappro-

(1) Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. par Doyon. Paris, 1872.

chée. Il ne faut pas croire, pour cela, que les enfants de parents eczémateux soient voués fatalement à l'invasion de la maladie qui nous occupe ; il existe sur ce point de nombreuses exceptions, et, sur une famille de trois ou quatre enfants, un ou deux seulement peuvent être atteints; il en est ainsi de toutes les maladies héréditaires, des tubercules, du cancer, de la scrofule ; la transmission d'une disposition morbide d'un parent peut être atténuée par l'absence de cette même disposition chez le conjoint, et, de même que tel enfant ressemble pour le visage ou pour le caractère à son père et tel autre à sa mère, on voit l'hérédité morbide provenant d'un des auteurs se manifester sur un enfant et non pas sur l'autre, sans qu'on puisse expliquer convenablement ces différences. Dans le monde on accuse souvent les nourrices eczémateuses de transmettre la maladie dont elles sont atteintes aux enfants qu'elles nourrissent. C'est un moyen commode d'innocenter la famille; mais jusqu'à présent cette transmission ne s'appuie pas sur un nombre de faits suffisant pour qu'on puisse la regarder comme démontrée.

Il n'est pas de constitutions ni de tempéraments qui mettent à l'abri de l'eczéma ; c'est bien à tort qu'on a considéré cette maladie comme favorisée par une débilité générale et surtout par une débilité de la peau (qu'est-ce d'ailleurs qu'une débilité de la peau?); cette opinion, professée par Erasmus Wilson (1) et par les médecins anglais, est contredite par l'observation journalière; on voit souvent les gens les plus robustes être atteints d'eczéma aussi bien que les personnes débilitées et qui présentent les signes d'une constitution faible. Quant au tempérament, il paraît plutôt influer sur la forme de l'eczéma que sur son développement; c'est ainsi qu'on observera

(1) Erasmus Wilson, *Eczema Affections*. 1870.

plus souvent la forme impétigineuse chez un malade d'un tempérament lymphatique, la forme sèche et lichénoïde chez les individus nerveux. Plus que les autres cependant, le tempérament lymphatique paraît favoriser le développement des éruptions eczémateuses.

On peut accuser certains âges et certaines modifications physiologiques de l'organisme de prédisposer à l'eczéma; l'enfant y est très sujet dans ses premières années; la maladie se manifeste souvent alors au moment du travail de la première et de la seconde dentition ; chez certains enfants, on voit la poussée de chaque dent susciter l'apparition d'un eczéma ou amener une recrudescence d'une éruption déjà développée. Plus rarement on constate l'influence de la puberté. Mais la grossesse et surtout la lactation sont des causes prédisposantes réelles ; l'eczéma survient si souvent après les couches et pendant le temps de la sécrétion lactée, que, dans le monde, on désigne souvent cette maladie sous le nom de *lait répandu*. L'influence des saisons ne peut être niée ; pendant les chaleurs de l'été, on observe fréquemment des eczémas et surtout la forme aiguë que nous avons désignée sous le nom d'eczéma rouge ; les grands froids paraissent également favoriser ces éruptions ou au moins les exaspérer. Enfin, on voit souvent chez certains malades l'apparition de l'eczéma et surtout les récidives de cette maladie coïncider avec les changements de saisons, et survenir principalement au printemps et à l'automne.

Existe-t-il des pays dans lesquels l'eczéma paraisse plus fréquent ? Il est impossible de répondre à cette question. On a accusé le bord de la mer à cause de l'alimentation habituelle par le poisson ; mais il est à croire que cette influence, comme celle des professions, agit plutôt pour développer la maladie chez des gens qui y sont prédisposés que pour la faire naître directement.

Quant aux causes occasionnelles, c'est-à-dire quant à

celles qui paraissent déterminer la manifestation de l'éruption chez les gens qui y sont prédisposés, soit par l'hérédité, soit par une disposition constitutionnelle spéciale, je signalerai d'abord l'influence des professions qui jouent un rôle très important dans le développement premier et dans les récidives de la maladie. Ces professions sont celles qui obligent au contact habituel des substances irritantes, celles qui exposent à une chaleur artificielle, et celles qui rendent habituelles des veilles répétées. Dans le premier groupe, nous placerons les ouvriers employés à la fabrication ou à la vente des produits chimiques, les teinturiers, les confiseurs, les épiciers, les garçons de café ; et, dans la seconde catégorie, on doit ranger les boulangers, les fondeurs, surtout les cuisiniers et les cuisinières, exposés à la chaleur continuelle de leurs fourneaux et au contact de substances sales et irritantes ; enfin, dans la troisième classe, nous placerons les employés des chemins de fer, les agents de police et tous les ouvriers qui travaillent habituellement la nuit ou qui veillent très tard. Les professions que nous venons de citer ne produisent pas directement l'eczéma, mais elles en favorisent l'apparition chez ceux qui y sont disposés, et la preuve de l'absence de cette action directe et absolue, c'est que, parmi les membres du même corps d'état, il n'en est qu'un petit nombre qui sont atteints d'eczéma, et c'est toujours chez les mêmes individus qu'on observe des récidives.

Ce que déterminent les professions par l'application de corps irritants peut être le résultat d'une circonstance fortuite : chez les sujets disposés à l'eczéma, l'application d'un vésicatoire, d'un emplâtre irritant, d'un corps gras rance, d'un morceau de sparadrap, une simple friction, deviennent le point de départ d'une éruption eczémateuse. Chez les enfants, chez les infirmes affectés d'incontinence, le contact de l'urine ou de matières fécales peut

amener de l'eczéma, qui se développe d'abord sur les parties contaminées; une leucorrhée abondante peut produire le même résultat; chez les nourrices eczémateuses, le contact du lait sur les seins amène un eczéma de cette région qui ne guérit que par la cessation de la nourriture.

Les maladies qui s'accompagnent de démangeaisons peuvent également être le point de départ de l'eczéma, en amenant les personnes qui en sont atteintes à se gratter; l'action des ongles détermine sur la peau une irritation qui agit comme une friction ou comme une substance excitante; c'est ainsi que la gale, la présence des poux, l'urticaire même, peuvent se compliquer d'un véritable eczéma, lequel est susceptible de s'étendre et de se prolonger au delà même de l'existence de l'affection première.

On peut encore accuser certains aliments de produire ou d'entretenir l'eczéma : les viandes et les préparations de porc, le gibier et principalement le gibier faisandé, les poissons, les coquillages, les mets épicés, les choux et surtout la choucroute, les sucreries prises en excès, les fraises, sont les substances alimentaires qui paraissent avoir une influence fâcheuse. Nous ajouterons à cette liste le café, le vin pur, les boissons fermentées et les liqueurs alcooliques.

Chez les enfants très jeunes, l'eczéma paraît souvent sous la dépendance d'une nourriture insuffisante, fournie par une nourrice qui n'a pas assez de lait. On voit encore la maladie survenir chez des enfants sevrés trop jeunes et qui mangent de tout. D'autres fois, il semble que ce soit la qualité du lait qu'on doive accuser; un enfant est atteint d'eczéma, la nourrice a du lait, mais ou il est trop séreux ou il pèche par une altération inappréciable, car l'eczéma disparaît par le changement de nourrice.

Les fatigues, les excès de toute espèce, les veilles prin-

cipalement, doivent être également considérés comme susceptibles de développer des éruptions eczémateuses; et, en terminant, je ne dois pas oublier de mentionner l'influence bien évidente des émotions morales et surtout des chagrins profonds et prolongés. Il m'est arrivé bien souvent, pour l'eczéma ainsi que pour toutes les affections dartreuses, de ne trouver comme cause de la maladie cutanée qu'une espérance déçue, que la perte d'une personne aimée, qu'un changement de position ou même qu'un sentiment passager d'inquiétude vive ou de frayeur.

Nature. — Toutes ces causes, que nous venons d'énumérer, ne produisent pas l'eczéma chez tout le monde; on n'a pas un eczéma comme on a une angine, une pleurésie, une entérite; il semble qu'il faille, pour que la maladie se développe, une disposition toute spéciale, un état particulier de l'organisme, une modification constitutionnelle dont l'existence paraît surtout manifeste par la tendance aux récidives qu'on observe chez les gens atteints d'eczéma; chez ces malades, un contact irritant, un excès de boisson, quelques veilles, un chagrin un peu vif, amèneront une éruption eczémateuse, tandis que l'influence des mêmes causes même exagérée ne produira jamais rien de semblable chez d'autres personnes. Cette disposition morbide, cet état constitutionnel particulier et inconnu dans sa nature, a été désigné sous le nom de *diathèse dartreuse* ou *herpétique;* j'en ai parlé longuement dans l'article consacré à l'étude générale des dartres; je n'ai pas à y revenir ici, je ne ferais que me répéter. (Voy. p. 687.)

Traitement.—On a employé contre l'eczéma une foule de moyens et de médicaments; mais dans le traitement de cette maladie, la chose importante est de bien saisir les indications, lesquelles varient principalement avec les périodes et avec les diverses formes. Du reste, dans la

direction de la thérapeutique, on devra se guider sur cette considération, qui découle suffisamment de l'histoire de l'eczéma, que cette maladie est à la fois une inflammation locale de la peau et la manifestation extérieure d'une disposition morbide générale. Aussi réclame-t-elle un traitement antiphlogistique local et une médication générale, la première applicable surtout à la première et à la seconde période; le traitement général ou constitutionnel trouvant principalement son emploi à la fin de la deuxième période et pendant la troisième. Je vais successivement indiquer les moyens qui rentrent dans ces deux médications.

A la première période, surtout lorsque l'eczéma est encore constitué par des vésicules ou des pustules intactes, par des papules récentes, et lorsqu'il existe des phénomènes franchement inflammatoires, tels que la rougeur, la chaleur, le gonflement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, il faut recourir d'abord aux émollients locaux, dont les plus usités sont les lotions et les bains émollients, composés d'une décoction de guimauve ou de lin, d'un mélange d'eau tiède et de son ou d'amidon. En même temps, on peut saupoudrer les parties malades avec des topiques pulvérulents, tels que la poudre d'amidon, la poudre d'arrow-root, de lycopode, de sous-nitrate de bismuth. On a attribué à ces poudres une action antiphlogistique peu évidente; il vaut mieux croire qu'elles agissent en protégeant les parties malades contre le contact direct de l'air atmosphérique. A cette époque, et surtout dans la forme vésiculeuse, on doit proscrire les cataplasmes, qui pourraient favoriser la rupture de l'épiderme et aggraver ainsi la maladie. Les petites pustules de l'eczéma impétigineux se rompent habituellement au bout d'un jour ou deux; les cataplasmes n'ont donc pas, dans cette forme, l'inconvénient que je signalais tout à l'heure, mais ils ont souvent pour effet, par

leur chaleur et leur humidité, de faire naître de nouvelles pustules et de favoriser ainsi l'extension de la maladie. Dans certains cas, cependant, quelle que soit d'ailleurs la forme de l'éruption, lorsqu'il existe une rougeur vive, du gonflement, de la chaleur et de la douleur, pour combattre l'intensité des phénomènes locaux, il faut appliquer sur les parties malades des cataplasmes émollients de fécule de pommes de terre ou de farine de riz, en évitant de se servir de la farine de lin, qui devient souvent nuisible à la peau en raison de la fermentation qu'elle subit rapidement.

A ces moyens locaux on doit joindre des boissons aqueuses émollientes ou acidules, telles que l'eau d'orge, l'eau de chiendent, la limonade, l'orangeade, ou quelques tisanes légèrement amères, l'infusion de chicorée sauvage, de pensée sauvage, de saponaire, de houblon, etc. Quelques purgatifs légers peuvent également être administrés, mais ils sont moins bien indiqués que dans la seconde période. J'ai retiré de bons effets des boissons diurétiques et particulièrement de l'eau de chiendent nitrée. En même temps le malade sera tenu au repos, on empêchera le frottement des vêtements ou des corps extérieurs sur les parties malades; on évitera même l'action de l'air extérieur, surtout de l'air froid pendant la mauvaise saison sur les mêmes parties, et on prescrira une diète alimentaire peu excitante.

Dans la seconde période, les vésicules et les pustules sont rompues, les papules sont excoriées, et le phénomène principal de la maladie consiste dans une sécrétion séro-purulente plus ou moins abondante, qui se concrète pour former des croûtes ou des squames croûteuses. C'est cette sécrétion cutanée anormale qu'il faut combattre par des dérivatifs et par des moyens locaux émollients ou substitutifs. Le moyen dérivatif par excellence consiste dans l'administration de purgatifs répétés qui

établissent un balancement favorable entre la sécrétion cutanée pathologique et la sécrétion intestinale. Pour arriver à un résultat heureux sans amener une inflammation intestinale, qu'on doit toujours craindre de l'usage de purgatifs répétés, on doit s'abstenir des drastiques et leur préférer les purgatifs doux, tels que la manne, l'huile de ricin, l'infusion de séné, les préparations de tamarin, la rhubarbe, l'eau de Sedlitz et quelques sels neutres, tels que le sulfate de soude ou de magnésie à la dose de 10, 15, 20 ou 25 grammes. J'emploie encore de préférence les eaux minérales purgatives naturelles, bien moins chargées de principes salins que les eaux artificielles et qui irritent fort peu les voies digestives; je prescris habituellement les eaux de Pullna, de Friedrichshall, de Kissingen, de Marienbad, de Hombourg, de Birminstorf, d'Hudyani-Janos et de François-Joseph, à la dose de un à deux verres par jour, de manière à produire deux ou trois selles liquides, purgation suffisante quand elle est souvent renouvelée. A l'hôpital, où nous manquons d'eaux minérales, je donne habituellement à mes malades une infusion de séné, composée de 4 à 8 grammes de follicules de séné et de sommités de pensée sauvage pour un litre d'eau bouillante. Suivant l'intensité de l'inflammation cutanée et suivant l'abondance de la sécrétion, ces purgatifs sont administrés tous les jours, tous les deux jours, ou deux fois par semaine, et on doit les éloigner à mesure que diminuent les phénomènes que l'on veut combattre.

Au lieu d'avoir recours à la médication purgative, on peut, comme dans la première période, chercher à exciter la sécrétion urinaire. Dans ce but, je me suis souvent bien trouvé de l'administration du nitrate ou de l'acétate de potasse dans une tisane légèrement diurétique de chiendent, de queues de cerises ou de pariétaire. Cette boisson peut même avec avantage être associée aux

purgatifs. Dans les cas graves, lorsque la sécrétion cutanée persiste longtemps et au delà de la durée ordinaire, on peut avoir recours à l'administration de la teinture de cantharides en commençant par 4 gouttes en vingt-quatre heures et en portant la dose jusqu'à 25 et 30 gouttes. Cette médication était assez employée il y a quelques années pour combattre les eczémas rebelles; Devergie l'a vantée contre le lichen; on l'a presque complètement abandonnée aujourd'hui comme dangereuse et peu efficace. Je crois, cependant, qu'en l'employant avec précaution, elle peut rendre quelques services dans les cas d'eczéma avec sécrétion séro-purulente prolongée.

A la seconde période de l'eczéma, on a l'habitude de prescrire aux malades des tisanes amères, des infusions de pensée sauvage, de saponaire, de fumeterre, des décoctions de bardane, de patience, de douce-amère, de salsepareille, d'orme pyramidal; on administre encore aux malades des sirops préparés avec ces diverses substances; mais il faut avouer que tous ces remèdes ont bien peu d'effet et qu'on peut facilement s'en passer. Dans le but de diminuer la sécrétion de la peau, on a conseillé encore des boissons astringentes, et en particulier les limonades minérales faites en ajoutant de 10 à 15 gouttes d'acide nitrique non concentré ou d'acide sulfurique médicinal à un litre d'eau. Dans le même but, on a prescrit quelquefois les préparations de ratanhia et de tanin; mais ces moyens astringents ont peu d'action sur la peau et modifient bien faiblement les sécrétions eczémateuses.

Après avoir parlé des dérivatifs et de la médication générale, je dois maintenant m'occuper des moyens locaux ou topiques. Pour diminuer l'inflammation cutanée, pour débarrasser la peau des croûtes et des pellicules épidermiques qui la recouvrent, on se trouve générale-

ment bien de lotions émollientes avec l'eau de guimauve, l'eau de son, l'eau de sureau, avec une infusion légèrement astringente de mélilot; quelquefois même, lorsque la maladie dure depuis longtemps, lorsque la rougeur et la chaleur de la peau sont peu prononcées, on peut trouver avantage à laver les parties malades avec une solution faible de borate de soude ou avec de l'extrait de Saturne fortement étendu d'eau; on peut espérer ainsi arrêter ou diminuer la sécrétion cutanée. Également, et pour aider l'action des lotions, on prescrit des cataplasmes émollients de farine de riz ou de fécule de pommes de terre, et des bains avec addition de son ou d'amidon. Dans ces derniers temps j'ai employé avec grand avantage dans la seconde période des eczémas un moyen proposé par le docteur Colson (de Beauvais), et qui consiste à envelopper les parties malades dans de la toile vulcanisée, de manière à les soustraire complètement au contact de l'air. Il résulte de cet enveloppement une diminution prompte et notable des phénomènes inflammatoires locaux, la chute des croûtes et le remplacement de la sécrétion séro-purulente par un flux sudoral abondant. C'est un moyen antiphlogistique puissant, et dont j'ai constaté les bons effets dans une multitude de cas; toutes les fois que la disposition de la partie malade se prête à cet enveloppement, je le préfère de beaucoup aux cataplasmes. Mais certains médecins professent que, dans la seconde période de l'eczéma, les topiques liquides et émollients sont nuisibles et qu'il faut respecter les croûtes et les squames, lesquelles protègent utilement la peau ulcérée. Il est vrai que les malades se plaignent souvent de douleurs assez vives lorsque les ulcérations sont exposées à l'air; il est encore vrai que les cataplasmes ont souvent pour résultat de favoriser l'extension de l'éruption sur les parties voisines. Mais ces moyens topiques, ainsi que les lotions et les bains, dimi-

nuent l'inflammation de la peau et accélèrent la marche de la maladie en faisant arriver plus vite la période de sécheresse ; l'application de la toile vulcanisée, surtout, amènera promptement la dessiccation des parties sécrétantes, la cicatrisation des gerçures, même profondes, et la disparition des rugosités cutanées et du gonflement. Dans les diverses formes d'eczéma des mains et des pieds, ce dernier moyen amène rapidement une très grande amélioration. Toutefois, dans l'eczéma de la face et du tronc, à forme vésiculeuse ou pustuleuse, lorsque la maladie est peu étendue, lorsque la sécrétion n'est pas très abondante, et lorsque les croûtes sont peu volumineuses, on s'abstiendra avec avantage des lotions, des bains et des cataplasmes ; on respectera la croûte et on se contentera de saupoudrer la partie malade avec de la poudre d'amidon ou de sous-nitrate de bismuth. On pourra de cette manière arriver presque aussi vite et plus commodément à la guérison.

Dans la seconde période de l'eczéma, il est bien rare qu'on trouve l'indication de l'emploi des pommades, que les gens du monde, et même quelques médecins peu expérimentés, croient applicables à toutes les maladies de la peau. La glycérine, la vaseline, les corps gras simples, tels que l'axonge récente, la pommade de concombre, le cérat, le cold-cream, augmentent presque toujours l'inflammation locale, et on doit généralement s'en abstenir. Quelquefois, cependant, sur les parties découvertes, pour modérer l'action douloureuse de l'air extérieur, surtout de l'air froid, et pour protéger les parties malades contre le contact des corps étrangers, on peut avoir recours à des onctions avec un des corps gras que je viens d'indiquer et il faut alors préférer la vaseline blanche. Dans ces cas encore, on pourrait se servir de la pommade à l'oxyde de zinc et à l'acide benzoïque, très vantée par Erasmus Wilson, comme le seul moyen

topique à employer dans les deux premières périodes de l'eczéma.

Mais, à la peau, comme sur les membranes muqueuses, au lieu d'employer les émollients, on peut chercher à combattre l'inflammation par des moyens substitutifs, dont l'effet est de produire momentanément une vive irritation suivie d'un soulagement durable. Dans ce but, on peut employer des lotions avec une solution de sulfure de potassium, avec l'acide phénique étendu d'eau au centième ou même encore plus faible, avec une solution très légère de sublimé; on peut avoir recours à des applications de teinture d'iode pure ou affaiblie avec de l'alcool; ce dernier moyen m'a réussi souvent dans les impétigos de la face et du cuir chevelu, même sans provoquer d'inflammation locale. On peut encore appliquer sur les parties malades des pommades à base de goudron, d'huile de cade, de sulfure ou de nitrate de mercure. Bazin se servait souvent de lotions avec le coaltar saponiné étendu de cinquante ou de cent parties d'eau. Je dois dire néanmoins que ces derniers moyens réussissent rarement, et que, pour ma part, lorsque je les ai employés, j'ai vu le plus souvent, après leur application, la maladie augmenter d'intensité et d'étendue.

De tous les auteurs qui ont vanté la *médication substitutive*, Hébra est celui qui l'a formulée de la manière la plus nette et qui l'a indiquée comme la meilleure méthode de traitement contre l'eczéma chronique à la période de sécrétion. Il employait une solution de potasse mêlée avec de l'eau, à diverses doses, suivant l'étendue, l'intensité et l'ancienneté de l'affection; le mélange, à partie égale d'eau et de potasse caustique, s'appliquant aux eczémas rebelles et étendus, les moins graves étant traités par un mélange au quart, au dixième de potasse. Un morceau de flanelle est imbibé de ce liquide et sert à frictionner rudement la partie malade pendant une ou

deux minutes; on renouvelle cette application matin et soir pendant deux, trois ou quatre jours, puis ensuite on étend sur le même endroit une pommade à l'huile de cade ou au goudron (axonge, 30 grammes; goudron ou huile de cade, de 3 à 10 grammes), qu'on continue jusqu'à la guérison. A la suite de l'application de la solution de potasse, on observe ordinairement, et en peu de minutes, une augmentation considérable de la sécrétion cutanée; le tissu cellulaire engorgé se détend peu à peu; l'eczéma passe très promptement à l'état aigu et ne tarde pas à s'améliorer et à disparaître. Hébra a grande confiance dans le moyen substitutif que je viens d'indiquer et qu'il remplace quelquefois par des frictions avec du savon vert; il a été employé avec succès par Anderson (de Glasgow); Erasmus Wilson le vante également contre les eczémas rebelles; je l'ai essayé sur trois malades seulement et je dois avouer que je ne suis pas arrivé aux heureux résultats obtenus par les médecins étrangers. Mais mes observations sont trop peu nombreuses et je serais d'avis de penser à ce moyen de traitement comme une ressource dans les eczémas chroniques qui s'éternisent. Hébra a encore vanté l'hydrothérapie contre les éruptions chroniques et étendues; il s'est servi d'un drap mouillé avec lequel il enveloppe complètement les malades à partir du cou, et, lorsque la sudation est arrivée, il les fait frotter avec un linge mouillé. Dans un cas d'eczéma généralisé qui durait depuis plus de six mois, j'ai employé cet emmaillotement tous les matins, et, au bout de huit jours, j'ai obtenu une amélioration assez notable; mais la guérison complète a encore tardé deux mois environ.

Toujours dans le même but substitutif, on a employé les onctions avec l'huile de cade pure ou mêlée à l'axonge ou à la glycérine, avec les préparations de goudron, avec les pommades mercurielles, avec les préparations sulfu-

reuses en solutions ou en pommades; on a même employé les pommades épispastiques; des charlatans ont guéri quelquefois des eczémas chroniques à la seconde période à l'aide de lotions ou de pommades irritantes, en gardant le secret sur leur composition; mais, si ces divers moyens ont réussi quelquefois, on doit savoir que le plus ordinairement l'état aigu qu'ils ont déterminé n'a pas été suivi de guérison, et qu'au contraire, dans la plupart des cas, il s'en est suivi une augmentation d'intensité et d'étendue de l'éruption et une prolongation de la maladie. Aussi je crois prudent de s'abstenir de pommades irritantes dans le traitement de l'eczéma à la seconde période, et, dans les cas très chroniques et très graves qui n'ont pas été améliorés par les topiques émollients et par les purgatifs, je préférerais encore à ces pommades les lotions avec une solution aqueuse de potasse au quart ou au huitième; les effets immédiats en sont mieux connus, et, en employant la potasse, on peut s'appuyer sur l'autorité de plusieurs médecins étrangers des plus considérables et des plus expérimentés.

Pendant la seconde période de l'eczéma, il existe souvent une cuisson vive et surtout des démangeaisons tellement intenses qu'elles empêchent le sommeil et qu'elles constituent un symptôme insupportable dont le malade demande à tout prix à être débarrassé. La disparition et même la diminution de ces douleurs ne sont pas chose facile, et très souvent on ne peut obtenir d'adoucissement qu'avec le temps, à mesure que l'eczéma diminue d'intensité, ou même que lorsque la guérison est complète. On doit savoir cependant que, dans certains cas, on a pu voir survenir la diminution de la démangeaison à la suite de lotions avec une décoction de guimauve et de pavot ou avec du lait d'amandes, après des onctions de cérat contenant ou de l'opium, ou du camphre, ou une

légère proportion de cyanure de potassium (cérat ou cold-cream, 30 grammes; cyanure de potassium, de 0gr,10 à 0gr,25). Une pommade au chloroforme a été également employée; elle produit une cuisson momentanée préférable à la démangeaison. On a encore obtenu quelquefois de la sédation à l'aide de lotions avec une solution de sublimé (eau distillée, 300 grammes; sublimé, de 0gr,10 à 0gr,25), à l'aide de bains de sublimé (10 grammes de sublimé dissous dans l'alcool pour un bain). Dans ces derniers temps, on a employé les lotions avec une solution de cocaïne au centième ou au cinquantième, et on a observé un effet sédatif; pour ma part, je n'ai constaté de l'emploi de ce moyen qu'une amélioration momentanée. Dans quelques cas, des démangeaisons très intenses ont été calmées par l'application incessante de compresses imbibées d'eau froide ; et, d'un autre côté, il m'est arrivé souvent de produire une sédation semblable à l'aide de lotions renouvelées plusieurs fois par jour avec de l'eau chaude employée seule ou additionnée d'une solution légère de sublimé. Dans les eczémas de l'anus et des parties génitales, qui sont accompagnés très souvent de démangeaisons insupportables, j'ai réussi souvent à calmer ce prurit par ces lotions chaudes. Les lotions avec la solution de potasse, suivant la méthode d'Hébra, les applications d'une solution de nitrate d'argent, d'acide phénique étendu d'eau, au centième ou au millième, peuvent avoir un même résultat.

A l'intérieur, on a conseillé les préparations opiacées, l'aconit, la belladone, l'eau distillée de laurier-cerise, les préparations de valériane; mais il faut peu compter sur ces moyens pour calmer les démangeaisons. Chez plusieurs malades tourmentés par un prurit intense et incessant, j'ai obtenu quelquefois un bon résultat de l'administration du bromure de potassium à la dose journalière de 1 à 4 grammes; mais, dans

d'autres cas semblables, ce moyen a échoué complètement.

Lorsque la maladie est arrivée à la troisième période ou même lorsque les symptômes qui caractérisent la période de sécrétion commencent à diminuer d'intensité, les émollients et les dérivatifs deviennent inutiles ou nuisibles et il faut avoir recours à des modificateurs généraux ou locaux. Les modificateurs généraux appartiennent à la médication reconstituante, ou à la médication altérante. Les premiers, qui comprennent l'huile de foie de morue, les amers, tels que les préparations de gentiane, de raifort, de cresson, de quinquina, quelques préparations de fer et en particulier le sirop ou les pilules d'iodure de fer, conviennent dans les eczémas développés chez des individus débilités, scrofuleux ou au moins lymphatiques, eczémas que Bazin considère comme des scrofulides bénignes. Je ne crois pas que la scrofule seule suffise pour produire l'eczéma et je ne place pas cette maladie au nombre des affections scrofuleuses; mais, comme l'observation apprend que des éruptions eczémateuses se développent fréquemment chez des individus débilités et particulièrement chez des enfants lymphatiques ou affaiblis par une mauvaise nourriture, on doit croire que la débilité est une cause sinon de développement, au moins de prolongation de l'eczéma; et il est indiqué, dans ces circonstances, de modifier l'économie par une bonne nourriture et par les médicaments reconstituants qui viennent d'être nommés. Chez les très jeunes enfants nourris par une nourrice qui a peu de lait ou du lait de mauvaise qualité, on voit souvent un eczéma impétigineux se développer et se perpétuer à la tête et même sur toutes les régions; il ne faut pas hésiter, dans ces circonstances, à changer de nourrice. Chez des enfants de quelques mois, je me suis bien trouvé de l'administration de l'huile de foie de morue à la dose d'une

cuillerée à café deux ou trois fois par jour; on combat ainsi une disposition générale qui entrave la marche de l'éruption et qui concourt à sa durée.

Comme agents de la médication altérante, les préparations alcalines, et en particulier le bicarbonate de soude, le lactate et le benzoate de soude, la magnésie, l'eau de chaux, sont assez fréquemment employées dans le traitement de l'eczéma. Biett, Cazenave, Devergie, ont surtout conseillé la médication alcaline dans le lichen; Bazin a cherché à en préciser davantage l'indication, en faisant de cette médication une sorte de spécifique contre les affections cutanées qu'il considère comme de nature arthritique. Sans adopter les opinions théoriques de Bazin, je reconnais que les alcalins et surtout que le bicarbonate de soude sont souvent utiles dans le traitement de certains cas d'eczéma, dans les formes sèches, lichénoïdes ou squameuses, et même dans l'eczéma vésiculeux avec sécrétion, mais lorsque le suintement et les phénomènes locaux inflammatoires diminuent d'intensité. Chez les goutteux, chez les individus nerveux, gastralgiques ou dyspeptiques, les alcalins sont également indiqués; ils modifient heureusement et l'eczéma et l'état des voies digestives. Chez les goutteux qui transpirent facilement, il arrive souvent que l'eczéma se développe dans les parties qui sont le siège d'une transpiration abondante, et cette sueur paraît être pour quelque chose dans la cause et dans la prolongation de l'éruption; en modifiant soit la quantité, soit la qualité de la transpiration, les alcalins peuvent être utiles et on les a employés souvent avec succès dans les eczémas des aisselles, des aines, des parties génitales et de l'anus. La médication alcaline est contre-indiquée chez les individus lymphatiques, scrofuleux ou très affaiblis.

Mais dans le traitement de l'eczéma, le médicament par excellence, c'est l'arsenic; on peut en attendre les

effets les plus heureux, à la condition de l'administrer à propos. Les préparations arsenicales, en effet, ne conviennent jamais dans l'eczéma, tant qu'il existe des phénomènes d'inflammation locale; elles auraient un effet nuisible en agissant sur la peau comme des irritants, et elles pourraient déterminer des poussées aiguës. Elles rendent, au contraire, des services incontestables dans les eczémas qui ont perdu toute acuité, qui sont arrivés à la troisième période, à la période de siccité, et qui sont caractérisés principalement par un état lichénoïde ou par la production incessante de squames ou de croûtes sèches. Avec cette condition de période, l'arsenic peut trouver son emploi dans toutes les formes de l'eczéma et chez tous les malades indifféremment. Chez les scrofuleux, il aide souvent l'action de la médication reconstituante; chez les individus nerveux ou goutteux, chez ceux que Bazin appelle arthritiques, il est également indiqué, et j'en ai très souvent obtenu de très bons effets pour obtenir une guérison complète en l'administrant, soit d'emblée, soit après les alcalins.

Il existe plusieurs préparations d'arsenic : la solution de Fowler (arsénite de potasse), à la dose de 4 à 25 gouttes, la solution de Pearson (arséniate de soude), à la dose de 10 à 40 gouttes, sont fréquemment employées; on donne également l'acide arsénieux en solution ou en pilules à la dose de 2 à 10 milligrammes par jour. Je préfère, comme plus commode, une solution d'arséniate de soude, dosée de manière qu'une cuillerée à bouche contienne 5 milligrammes du médicament; j'en prescris une cuillerée par jour; j'en porte la dose jusqu'à deux ou trois cuillerées (10 et 15 milligrammes); et cette préparation, très facile à prendre et à graduer, est généralement très bien supportée par les voies digestives. J'emploie aussi quelquefois l'arséniate de fer, principalement chez les individus lymphatiques, et je l'associe fréquem-

ment avec les amers et avec l'huile de foie de morue. Ce médicament est surtout indiqué dans les impétigos chroniques; insoluble dans l'eau, l'arséniate de fer est administré en pilules à la dose de 2 à 10 centigrammes par jour; un moyen facile de le doser est de le mêler avec de la conserve de rose et de diviser la masse en pilules contenant chacune un centigramme d'arséniate.

Les préparations arsenicales doivent être continuées longtemps. Dans sa dernière période, en effet, l'eczéma persiste souvent pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois, sous forme de squames fines et peu étendues; pour assurer la guérison et pour empêcher des recrudescences de la maladie, il est bon de prescrire aux malades de continuer l'arsenic; dans le cas où le médicament doit être pris pendant plusieurs mois, on doit en interrompre momentanément l'usage de temps en temps, pendant dix ou quinze jours, pour empêcher son action irritante sur l'estomac et surtout pour empêcher l'accumulation de l'arsenic, qui peut se faire à la longue dans les viscères.

Dans le traitement de l'eczéma, comme pour toutes les autres maladies de la peau, on a fait pendant longtemps usage du soufre, qu'on regardait comme une sorte de spécifique contre les maladies cutanées de toute nature. Ce médicament est nuisible dans les deux premières périodes de l'eczéma, et son indication est même assez bornée dans la dernière période. C'est principalement dans la forme sèche pityriasique que le soufre peut avoir quelque avantage, soit que cette forme ait été précédée d'une éruption véritablement eczémateuse, soit qu'elle ait toujours été caractérisée par des squames. Dans ces formes sèches, on peut souvent, avec avantage, avoir recours successivement aux arsenicaux et aux sulfureux. Le soufre convient encore souvent chez les malades atteints de catarrhe bronchique coïncidant ou alternant avec des eczé-

mas. Chez les sujets lymphatiques, ces préparations sulfureuses sont également avantageuses lorsque l'état général a déjà été modifié par les amers et les reconstituants.

Le soufre est prescrit sous forme de poudre (soufre sublimé), à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, de pastilles, au nombre de six à huit par jour, de sirop sulfureux à la dose de deux ou quatre cuillerées à bouche par jour (sirop sulfureux de Crosnier), ou d'eaux minérales naturelles, dont le malade prend un ou deux verres par jour. Les eaux minérales les plus employées sont celles d'Enghien, de Labassère, d'Eaux-Bonnes, de Cauterets et de Saint-Honoré.

On a encore conseillé, dans le traitement de l'eczéma, une foule de médicaments, ordinairement composés, vantés et vendus par les charlatans et par les pharmaciens, et dont quelques médecins ont le tort de conseiller l'usage sans savoir le plus souvent quelle est la composition du remède qu'ils prescrivent. Ces sirops, ces tisanes, ces élixirs, donnés dans un but dépuratif imaginaire, contiennent le plus souvent des préparations de salsepareille, de sassafras ou de gayac, auxquelles sont associés de l'iodure de potassium ou du mercure. On doit savoir que ces deux dernières substances sont nuisibles dans l'eczéma, et, quant aux autres préparations plus ou moins secrètes dont nous parlions tout à l'heure, elles sont ordinairement excitantes, et, si elles ont opéré quelques guérisons, elles amènent le plus souvent des recrudescences aiguës qui prolongent la durée de l'éruption.

L'action des différents remèdes que je viens d'indiquer suffit souvent pour effectuer la guérison de l'eczéma; quelquefois cependant, pour accélérer la terminaison, on peut leur associer quelques moyens topiques. En premier lieu se trouvent les bains, utiles à toutes les périodes de l'eczéma; les plus favorables sont les bains émollients de son ou d'amidon ou de gélatine; quelque-

fois, vers la fin de la maladie, alors que toute trace d'inflammation locale a disparu, on peut conseiller avec avantage des bains rendus alcalins par l'addition de 100 à 200 grammes de sous-carbonate de soude, ou même, en cas de pityriasis très chronique, des bains sulfureux préparés avec 60 à 125 grammes de sulfure de sodium ou de potassium; chez les scrofuleux et chez les sujets lymphatiques, ces bains sulfureux associés aux sulfureux à l'intérieur ou aux médicaments reconstituants sont indiqués à la fin des eczémas à forme impétigineuse. Dans quelques cas d'eczémas rebelles, on a conseillé encore des bains de sublimé, préparés en ajoutant à un bain 10 à 15 grammes de sublimé dissous dans la quantité suffisante d'alcool pour les dissoudre. Ces bains ont quelquefois réussi, mais l'indication de leur emploi ne peut être méthodiquement formulée.

Les lotions sont peu utiles; quelquefois cependant, pour faire tomber les squames et pour diminuer la sécrétion épidermique, on peut laver les parties malades avec une infusion de mélilot, avec de la teinture de benjoin largement étendue d'eau, avec de l'eau blanche légère, avec une solution très étendue de sublimé ou d'acide phénique, avec une solution alcaline, ou même avec de l'eau sulfureuse très peu chargée. Comme je l'ai déjà dit, ces lotions ont souvent pour effet de calmer les démangeaisons, quelquefois encore très vives dans la troisième période de l'eczéma.

J'ai déjà indiqué que, dans le début de l'eczéma et dans la période de sécrétion, les pommades étaient le plus souvent nuisibles; à la fin de la maladie, et surtout dans la forme squameuse pityriasique, elles peuvent avoir quelquefois une certaine efficacité pour hâter la guérison. Il faut savoir cependant que certaines personnes ne peuvent supporter le contact d'un corps gras, sans que la peau s'enflamme immédiatement; chez ces

malades, il y a une contre-indication formelle à l'emploi de toute pommade.

L'excipient des pommades employées dans le traitement de l'eczéma est ordinairement constitué par de l'axonge; je dois cependant prévenir que cette substance se rancit promptement et devient alors irritante; il en est de même de la glycérine de mauvaise qualité; on doit également l'éviter et on doit préférer, pour composer les pommades, le cérat frais ou le cold-cream, la moelle de bœuf, la graisse de veau, l'onguent rosat, ou même le suif épuré et surtout la vaseline. Quant à la partie active des pommades à employer contre l'eczéma, on la trouve surtout dans les sels mercuriels, dans l'oxyde rouge, dans le calomel, dans le sublimé, dans le nitrate de mercure. Ces substances entrent dans la plupart des pommades vendues pour le traitement de l'eczéma et dont la composition est tenue secrète. Pour obtenir de ces pommades un effet favorable et pour éviter la recrudescence aiguë qu'on peut toujours craindre de leur application, on doit employer les sels mercuriels à faible dose : le calomel à la dose de 20 à 30 centigrammes pour 30 grammes d'excipient, l'oxyde rouge, le sublimé et le nitrate à la dose de 5 à 10 centigrammes pour la même quantité d'excipient. Je me suis servi très souvent avec avantage d'une pommade contenant pour 30 grammes de cold-cream ou d'onguent rosat de 2 à 4 grammes d'onguent citrin bien lavé et de 20 à 50 centigrammes de camphre.

Après les pommades mercurielles, on doit mentionner celles qui contiennent du goudron ou de l'huile de cade (goudron ou huile de cade, de 1 à 4 grammes pour 30 grammes d'excipient); Bazin les employait fréquemment à la fin de la seconde et dans la troisième période de l'eczéma; Hébra s'en servait également; pour ma part, j'avoue que je crains leur emploi; je m'en suis rarement bien trouvé, et je ne vois leur indication que dans des

pityriasis rebelles et particulièrement dans les pityriasis anciens et habituels du cuir chevelu. Je dirai la même chose des pommades sulfureuses ; excepté pour les pityriasis de la tête, elles sont rarement utiles dans le traitement de l'eczéma; quand on les prescrit, on doit employer, pour incorporer à l'excipient, une dose de soufre plus faible que celle qui est indiquée dans la plupart des formulaires; je ne prescris jamais plus d'un trentième de soufre et souvent même j'abaisse la dose jusqu'à un soixantième. Pour la confection des pommades, on a employé encore quelques sels de cuivre ou de fer, le tanin, l'iodure de soufre; mais ces préparations sont moins usitées et agissent moins sûrement que les pommades mercurielles; leur indication est d'ailleurs à peu près la même. Je regarde comme bonnes, alors même que les phénomènes inflammatoires ne sont pas complètement dissipés, des onctions sur les parties malades avec de la vaseline additionnée d'un dixième ou d'un quinzième d'oxyde de zinc.

Pour favoriser la guérison de l'eczéma, surtout lorsque la maladie siégeait à la tête ou à la face, on a eu longtemps l'habitude de placer et d'entretenir au bras ou à la cuisse des malades un vésicatoire ou un cautère; cette pratique, empruntée aux idées surannées d'un humorisme grossier, a été complètement abandonnée, Biett et ses élèves ayant surabondamment démontré, par de nombreuses observations, qu'un vésicatoire, placé au bras ou ailleurs, ne remplaçait en rien la maladie qu'on voulait faire disparaître, et qu'on créait ainsi, pour le malade, une plaie de plus, laquelle même devenait souvent le point de départ d'une nouvelle éruption eczémateuse, développée d'abord autour de l'exutoire, puis pouvant de là s'étendre indéfiniment. Je ne m'élève certainement pas contre ces propositions si sages et si conformes à l'observation journalière; mais, ainsi que je l'ai déjà dit à

propos du traitement général des affections dartreuses, je crois qu'on a été un peu loin en proscrivant d'une manière absolue les exutoires chez les eczémateux ; j'en ai retiré plusieurs fois de bons effets dans quelques cas particuliers, ce sont ceux qui se rapportent à ces balancements qui s'établissent quelquefois, entre une manifestation eczémateuse et une affection non cutanée, bronchite, asthme, gastralgie ou toute autre maladie. Dans ces circonstances, j'ai pour habitude, au moment où l'éruption s'efface, d'appliquer au bras un vésicatoire que je cherche à entretenir plusieurs mois, souvent même indéfiniment; et j'ai vu souvent, sous l'influence de cette lésion artificielle de la peau, s'amoindrir et même disparaître les symptômes de la maladie interne. Je recommande aux praticiens cette indication formelle d'un exutoire.

Parmi les moyens désignés communément contre l'eczéma, on doit faire une large part aux eaux minérales; non pas que cette médication soit indispensable, toutes les formes d'eczémas peuvent guérir sans les eaux; mais, pour le traitement des maladies comme pour beaucoup d'autres choses moins sérieuses, la mode a une influence réelle et, parmi les malades de la classe aisée, les eaux minérales passent pour un des meilleurs moyens susceptibles d'amener et d'assurer la cure de l'eczéma. D'une manière absolue, je dirai, d'après mon observation, que je crois que les eaux doivent être considérées plutôt comme un complément de traitement, et qu'elles consolident la guérison plutôt qu'elles ne l'effectuent. Il ne faut donc envoyer prendre les eaux que les malades atteints d'eczéma dont l'affection a perdu toute acuité et qui se prolonge au delà du terme habituel. La chronicité bien établie, la résistance aux moyens de traitements ordinaires ou bien les récidives rapprochées, voilà les indications bien formelles de la médication par les eaux

minérales. Quant au choix de la source vers laquelle on dirigera le malade, la période à laquelle l'éruption est parvenue, la forme qu'elle revêt et l'état général du sujet devront être soigneusement consultés.

On doit se rappeler que les eaux minérales ne conviennent pas à la première période de l'eczéma, ni même au début de la seconde, à moins qu'il ne s'agisse de quelques eaux laxatives, telles que celles de Niederbronn, de Hombourg, de Kissingen et de Marienbad, et encore ces eaux ne doivent être prises qu'en boisson, les bains salins ayant à ce degré de la maladie une action trop irritante. Mais, comme ces eaux ne perdent pas leur vertu par le transport, on peut les administrer à domicile, et il est inutile d'aller les prendre à la source.

Pendant la seconde période, les eaux autres que celles que je viens d'indiquer sont ordinairement nuisibles; cependant, lorsque la période de sécrétion continue trop longtemps, lorsque des croûtes se renouvellent incessamment par des poussées non interrompues ou très rapprochées, on peut chercher à accélérer la guérison à l'aide des eaux minérales; mais il faut alors se méfier des eaux trop chargées de sels ou de soufre, ainsi que des eaux trop chaudes; elles augmenteraient infailliblement l'intensité, l'étendue et la durée de l'affection. C'est ce que nous voyons arriver si fréquemment aux malades qu'on envoie imprudemment et prématurément à Enghien, à Barèges, à Bagnères-de-Luchon et à Aix-la-Chapelle, alors que la maladie n'a pas encore perdu tous ses caractères inflammatoires. A la période que je viens d'indiquer, les eaux qu'on doit placer en première ligne sont surtout celles de Saint-Gervais en Savoie : d'une température peu élevée, diurétiques, diaphorétiques, légèrement laxatives, et contenant une très légère proportion de soufre, ces eaux conviennent parfaitement dans les eczémas affectant depuis quelques mois la marche

chronique, sans être arrivées à la période de siccité complète; elles sont d'ailleurs également utiles lorsque l'eczéma est parvenu à la dernière période et lorsqu'il affecte la forme squameuse ou lichénoïde; chez les individus nerveux, gastralgiques, j'ai eu bien souvent à me louer de l'effet de ces eaux pour déterminer et pour consolider la guérison. Dans ces mêmes conditions, à côté des eaux de Saint-Gervais, mais après elles, je mentionnerai les eaux sulfureuses qui s'altèrent rapidement et qui acquièrent ainsi des propriétés sédatives, telles que celles de Molitg et de Saint-Sauveur; les eaux de Schlangenbad, de Néris, de Pfeffers peuvent également convenir dans les eczémas avec démangeaisons persistantes et avec prédominance des phénomènes nerveux. Lorsque l'eczéma est associé au rhumatisme, aux névralgies, à la goutte, on peut employer avec avantage les eaux alcalines de Royat, de Plombières, de Gastein; celles de Bourbonne, de Bourbon-l'Archambault, de Wiesbaden seraient trop chaudes et trop minéralisées, et amèneraient à la peau une excitation défavorable.

Plus tard, lorsque la maladie est arrivée depuis longtemps au troisième degré et lorsqu'elle s'éternise sous forme de pityriasis par une sécrétion épidermique furfuracée incessante, il faut recourir à des eaux minérales plus énergiques, à celles de la Bourboule, de Schiznach, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, de Bagnères-de-Luchon, et en choisissant, pour les eaux sulfureuses, les sources les moins minéralisées. Par le fait de l'administration de ces eaux prises en boisson et en bains, il n'est pas rare de voir la maladie eczémateuse revêtir momentanément la forme aiguë et la guérison ne survenir qu'après une poussée inflammatoire vers la peau. Les eaux que je viens de nommer sont surtout indiquées lorsque l'eczéma est développé chez des sujets lymphatiques et scrofuleux. Toutefois, dans ces circonstances, je leur

préfère encore les eaux d'Uriage, sulfureuses et très fortement minéralisées, qui conviennent principalement chez les enfants lymphatiques, atteints pendant plusieurs années d'eczéma à forme impétigineuse. Lorsque l'eczéma, quelle que soit sa variété, est lié à la scrofule, les eaux chlorurées sodiques, telles que celles de Salins, de Kreuznach, de Nauheim, de Salies en Béarn, de Salins-Moustiers, d'Ischl en Autriche, peuvent également donner de bons résultats; les médecins allemands et russes les conseillent habituellement dans ces conditions. Lorsque les éruptions eczémateuses coïncident ou alternent avec les affections catarrhales des muqueuses et principalement avec celles des voies aériennes, on peut avoir recours avec avantage aux Eaux-Bonnes, aux eaux de Cauterets et aux eaux d'Enghien; dans ces eczémas cutanés et muqueux, principalement chez les malades présentant en outre des symptômes d'asthme, je me suis souvent bien trouvé d'une saison aux eaux du Mont-Dore, suivie d'un traitement thermal aux eaux arsenicales de la Bourboule.

Les eaux de Louesche, dans le Valais, trouvent également leur application et jouissent d'une grande réputation dans le traitement des eczémas chroniques. Administrées en bains prolongés de deux à quatre et même cinq heures, ces eaux, d'une minéralisation faible, mais très chaudes, déterminent vers la peau, au bout de quelques jours, une fluxion désignée sous le nom de poussée, qui se manifeste soit par des taches rouges érythémateuses, soit par des vésicules et des pustules dont la durée est assez courte. Cette éruption artificielle paraît agir comme une inflammation substitutive, et elle est souvent suivie de résultats heureux dans plusieurs affections chroniques de la peau et en particulier dans l'eczéma. Dans cette dernière maladie, le traitement thermal par les eaux de Louesche est indiqué lorsque l'affection est ancienne, lors-

qu'elle a résisté à plusieurs traitements méthodiques et même lorsqu'elle a persisté ou récidivé après des essais infructueux d'autres eaux minérales. Pour des eczémas rebelles, pour des lichens invétérés, caractérisés par la rudesse et l'épaississement de la peau, ces eaux de Louesche conviennent particulièrement et amènent souvent sinon la guérison complète, au moins une amélioration notable dans l'état de la peau.

A propos des eaux minérales, je ne dois mentionner les bains de mer que pour conseiller de s'en abstenir. On doit savoir que non seulement les bains d'eau de mer, mais que même l'habitation au bord de la mer aggravent l'eczéma et favorisent souvent l'éruption de cette maladie; l'eau de la mer, et même l'air ambiant chargé de principes salins, ont sur la peau une action irritante qu'on doit craindre chez les sujets atteints d'eczéma ou disposés à en être affectés.

Mais, quels que soient les moyens qu'on emploie pour favoriser la guérison de l'eczéma, on doit se rappeler que les précautions hygiéniques tiennent une place importante dans le traitement de cette affection. Les malades doivent éviter toute fatigue, toute excitation générale; j'ai remarqué que les exercices violents du corps, tels que ceux que procurent la gymnastique, les armes, la chasse, des courses rapides et prolongées, et qui déterminent une sueur abondante, sont souvent suivis d'exaspération dans l'état des éruptions eczémateuses. Les personnes en puissance d'eczéma devront donc faire attention de ne pas se fatiguer assez pour qu'il se produise chez eux une transpiration. D'un autre côté, on devra se rappeler ce que nous avons dit à propos de l'étiologie, que l'eczéma avait souvent pour point de départ un travail intellectuel opiniâtre, ou des veilles habituelles trop prolongées, ou des émotions morales tristes. Certaines professions produisent, par des contacts irri-

tants, un eczéma qui récidive constamment par l'action répétée de la cause; lorsque cela sera possible, il faudra donc changer de profession, ou, du moins, éviter autant que possible le contact direct des substances irritantes. Enfin les eczémateux devront se soumettre à un régime alimentaire tout particulier, duquel on bannira complètement le porc et ses diverses préparations, les poissons, les coquillages, le gibier, et particulièrement le gibier noir ou faisandé, les mets épicés, les sucreries, les diverses espèces de choux, les fraises, les noix, le vin pur, le café et les liqueurs alcooliques. Ces diverses précautions hygiéniques sont nécessaires, non seulement pendant la maladie, pour aider l'action des autres moyens thérapeutiques administrés dans le but d'amener la guérison, mais elles doivent être observées habituellement par les personnes disposées à l'eczéma et qui en ont déjà été atteintes. Cette hygiène spéciale est le moyen par excellence pour prévenir autant que possible les récidives.

En terminant ce long chapitre de la thérapeutique de l'eczéma, si nous nous demandons comment agissent les divers moyens à l'aide desquels on cherche à combattre cette maladie, nous verrons que la plupart agissent comme antiphlogistiques, en attaquant l'inflammation de la peau; que certains arrivent au même but par une action substitutive; que plusieurs déterminent sur d'autres appareils des sécrétions dérivatives salutaires; que d'autres, modificateurs généraux, tels que les amers, l'huile de foie de morue et les toniques, ont un effet reconstituant sur l'ensemble de l'économie; que d'autres encore, tels que les alcalins, le soufre et l'arsenic, paraissent emprunter leur vertu à une action élective qu'ils exercent sur la peau. Mais, comme je l'ai dit à propos du traitement de la diathèse dartreuse, la thérapeutique ne paraît avoir véritablement d'action que sur les manifestations cuta-

nées, sans atteindre la cause constitutionnelle qui les produit, et c'est ainsi qu'on peut expliquer la réapparition si fréquente des éruptions eczémateuses, malgré le traitement le plus sévère et le mieux indiqué.

A l'exemple d'Erasmus Wilson, je vais décrire maintenant, sous le nom d'*affections eczémateuses*, des éruptions qui pour moi se rapportent véritablement au genre eczéma, mais qui en diffèrent en apparence par quelques caractères objectifs spéciaux, lesquels caractères les ont fait considérer par la plupart des auteurs comme des maladies distinctes. Sans rien abandonner de mes opinions sur la nature de ces maladies, je crois devoir en faire une description à part, pour ne pas rompre complètement avec la tradition et pour rendre encore plus complète l'histoire de l'eczéma et de ses différentes formes. Ces affections eczémateuses sont l'impétigo, le pityriasis, le lichen.

2° Impétigo.

Définition et historique. — Le mot *impétigo* (du latin *impetus*, impétuosité) est à peu près synonyme de l'expression *éruption;* il a été employé d'une manière vague par les auteurs latins, pour désigner des affections cutanées de forme et de nature variées; et il est également impossible de savoir au juste à quelle maladie cutanée les médecins du moyen âge appliquaient ce terme d'impétigo, encore plus général peut-être que celui d'herpès. Cette confusion nosologique continua jusqu'à Willan, qui le premier affecta le mot *impétigo* à une maladie bien déterminée, et en donna une définition claire et précise. Pour Willan et pour son élève Bateman, l'impétigo est

une affection cutanée constituée par l'éruption de pustules jaunâtres, rassemblées en groupes, accompagnées de démangeaisons, et se terminant par des croûtes minces et jaunes. Cette définition a été généralement acceptée; mais l'impétigo, rangé par Willan et son école dans l'ordre des affections pustuleuses, à côté de l'ecthyma et de la variole, a été placé par Alibert dans la classe des dermatoses dartreuses, et a été désigné par lui sous le nom de *mélitagre*, plus particulièrement encore sous celui de *mélitagre flavescente*, dans sa forme aiguë, la plus commune et la plus caractérisée. Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs, frappés de la grande similitude des caractères de l'eczéma et de l'impétigo, ont considéré cette dernière maladie comme n'étant qu'une variété de l'eczéma (voy. Eczéma, p. 707); j'ai émis cette opinion le premier en France, et dans le même temps elle était professée en Angleterre par Erasmus Wilson et par Anderson, et en Allemagne par Hébra. En effet, l'eczéma et l'impétigo surviennent sous l'influence des mêmes causes, ces deux états morbides présentent les mêmes symptômes, la même marche, ils réclament le même traitement, et ils ne diffèrent véritablement l'un de l'autre que par une intensité un peu plus grande de l'inflammation cutanée dans l'impétigo, cette inflammation se traduisant alors par de petites pustules et non par des vésicules; et encore dans les cas les plus communs, est-il ordinaire d'observer au début de la maladie un mélange de pustules impétigineuses et de vésicules eczémateuses, de telle sorte qu'il est souvent difficile de dire si l'on a sous les yeux un impétigo ou un eczéma. Les Willanistes avaient déjà tellement reconnu la difficulté pratique de distinguer où finit l'impétigo et où commence l'eczéma, qu'ils avaient admis, pour sortir d'embarras, une forme hybride, qu'ils avaient désignée sous le nom d'*eczéma impétigineux*. Il est beaucoup plus simple et plus pra-

tique de dire que l'impétigo n'est qu'une forme de l'eczéma, caractérisée par l'existence de petites pustules initiales et par une épaisseur plus grande des croûtes. J'ai déjà développé cette opinion dans le chapitre consacré à l'histoire de l'eczéma; néanmoins, pour me conformer à l'usage, et pour être plus complet, je crois devoir donner une description détaillée de l'impétigo, tout en m'exposant à des répétitions inévitables.

Symptômes. — L'impétigo débute le plus souvent par une tache rouge plus ou moins étendue, survenue dans un endroit quelconque du tégument externe, sur laquelle apparaissent promptement une quantité variable de pustules petites et souvent acuminées, groupées et pressées les unes à côté des autres; ces pustules ainsi rapprochées et souvent confondues, sont dites *psydraciées*. Après peu de jours, souvent dès le lendemain, ces pustules se rompent, et cette rupture de l'épiderme donne lieu à l'épanchement d'un fluide plastique qui ne tarde pas à se concréter pour former des croûtes. La couleur la plus ordinaire de ce fluide est jaune, et les croûtes qui se forment, sont d'une couleur jaunâtre; ces croûtes sont d'ailleurs assez épaisses, anfractueuses, et ressemblent, par leur coloration et par leur aspect, à des fragments de miel épaissi au contact de l'air, d'où le nom pittoresque de *mélitagre flavescente* (*melitagra flavescens*) proposé par Alibert pour désigner cette maladie et pour remplacer l'expression impétigo. Ces croûtes sont ordinairement peu adhérentes, et, si elles se détachent trop tôt, on voit au-dessous d'elles des ulcérations superficielles de la peau, absolument semblables à celles qui existent dans l'eczéma; de la surface de ces ulcérations, s'écoule incessamment le même liquide plastique qui sort des pustules initiales rompues, lequel se concrète de nouveau en croûtes de même couleur et de même aspect. Ces concrétions croûteuses peuvent ainsi tomber et se renouveler

un certain nombre de fois ; puis, après un temps variable, elles deviennent plus sèches, plus minces, elles tombent spontanément, et elles laissent alors à leur place une surface rouge, laquelle, devenant le siège d'une desquamation épidermique plus ou moins prolongée, pâlit peu à peu pour reprendre définitivement ensuite la couleur naturelle de la peau.

Relativement à l'éruption, on trouve donc dans l'impétigo, comme dans l'eczéma, trois périodes successives, une initiale, ordinairement de courte durée et presque éphémère, constituée par le développement des pustules, une seconde qui se prolonge pendant des semaines et des mois, et qui est caractérisée par une sécrétion séropurulente se concrétant en croûtes, enfin une troisième terminale dans laquelle, les croûtes étant tombées, la peau présente une coloration rouge et une desquamation épidermique, incessamment renouvelée, laquelle peut se prolonger pendant plusieurs semaines. Dans cette dernière période, lorsque les malades ont pris un bain, la partie malade est souvent luisante, comme vernissée, et l'épiderme trop sec peut se casser et se crevasser de manière à constituer la variété d'eczéma qui est désignée ordinairement sous le nom d'*eczéma fendillé*. Peu à peu ces craquelures, qui font ressembler la peau de la partie malade à un vieux plat de faïence, s'effacent, la rougeur diminue, la desquamation devient de plus en plus fine, et la peau finit par reprendre son aspect normal, sans qu'il reste aucune macule, aucune cicatrice.

Les lésions cutanées qui constituent ces trois périodes que je viens d'indiquer se succèdent ordinairement, mais elles peuvent exister simultanément en des régions différentes ou même à côté les unes des autres ; il est même assez ordinaire de voir à côté des croûtes impétigineuses, et sur les confins de la partie malade, des pustules nouvelles qui annoncent l'extension de la maladie. On doit

être prévenu également que ces pustules peuvent reparaître à plusieurs reprises dans le cours de la maladie, pendant la seconde et pendant la troisième période, de manière à constituer de nouvelles poussées.

Chez certains malades et particulièrement chez les scrofuleux et chez les individus qui présentent l'apparence d'un tempérament lymphatique très prononcé, l'éruption impétigineuse peut ne s'accompagner d'aucun phénomène de réaction locale; il n'y a pas de douleur, pas de chaleur, les malades ressentent à peine une légère démangeaison. Néanmoins, le plus ordinairement, au moment de l'éruption, il existe dans la région affectée un sentiment plus ou moins vif de chaleur, de cuisson; quelquefois même les malades accusent des élancements assez aigus ; mais le phénomène le plus commun est certainement la démangeaison, qui oblige le plus souvent les malades à se gratter et à enlever les croûtes avant que les ulcérations soient recouvertes d'un épiderme nouveau. Habituellement l'impétigo est une maladie apyrétique, et, pendant son développement, la santé générale est conservée ; quelquefois cependant, au début, au moment où apparaissent les pustules initiales, il y a un léger mouvement fébrile précédé de quelques frissons et accompagné d'une diminution de l'appétit et d'un sentiment de courbature générale. Dans le cours de la maladie, on observe rarement de la fièvre, à moins d'une complication ou d'une nouvelle poussée éruptive. Dans le voisinage de l'impétigo, on observe quelquefois un engorgement inflammatoire des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région malade. Cette complication est observée particulièrement chez les scrofuleux et peut être le point de départ d'abcès aigus ou chroniques ; ces ganglions enflammés se rencontrent surtout dans les régions cervicales, dans le cas d'impétigo affectant le cuir chevelu. Outre les adénites, on peut encore constater,

dans le cours de l'impétigo, la présence d'une lymphangite, dont la cause est dans l'affection cutanée, et qui se caractérise par des taches érythémateuses, par des rubans rouges et superficiels, par l'endolorissement et le gonflement des ganglions où se rendent les lymphatiques enflammés. Cette lymphangite, qui s'accompagne souvent de fièvre, se manifeste surtout au moment de l'éruption pustuleuse, dans la première période de la maladie. Cette inflammation du système lymphatique paraît d'ailleurs principalement liée à la forme inflammatoire cutanée, qui se traduit par des éruptions pustuleuses; on la rencontre dans l'ecthyma, dans l'impétigo, dans le furoncle; il est bien rare qu'elle existe dans l'eczéma, dans l'herpès et dans les autres maladies inflammatoires de la peau, constituées par d'autres lésions anatomiques que les pustules.

Variétés. — Après cette description générale de l'impétigo, il est nécessaire d'indiquer quelques particularités qui surviennent quelquefois dans l'aspect de la maladie, et qui constituent des variétés assez distinctes pour avoir mérité une désignation spéciale. Ces variétés classiques ont été décrites par Willan et Bateman sous les cinq formes suivantes : 1° *Impetigo figurata;* 2° *Impetigo sparsa;* 3° *Impetigo erysipelatodes;* 4° *Impetigo scabida;* 5° *Impetigo rodens.* Je vais indiquer rapidement les caractères principaux de ces variétés.

1° L'*impétigo figuré* (*I. figurata*) est caractérisé par des plaques éruptives circonscrites, bien délimitées, d'étendue variable, mais d'une forme à peu près arrondie, et sur lesquelles se voient d'abord des pustules, puis des croûtes jaunes ou vertes, épaisses, lesquelles, en tombant, laissent apercevoir au-dessous d'elles, d'abord des surfaces ulcérées, puis, plus tard, des taches rouges squameuses. Cette variété s'accompagne d'une démangeaison et d'une cuisson d'un degré variable; ces symptômes manquent chez certains malades; ils sont très

intenses chez d'autres; les phénomènes fébriles sont exceptionnels. L'impétigo figuré est habituellement situé à la face et plus particulièrement aux joues; on le rencontre aussi à la lèvre supérieure, aux oreilles; il est plus rare aux membres; il a été observé quelquefois aux mains. Dans cette variété, il est assez commun, suivant l'observation déjà faite par Bateman, de voir associées aux pustules des vésicules d'eczéma, de manière à constituer cette espèce hybride désignée sous le nom d'eczéma impétigineux.

L'impétigo figuré affecte souvent les enfants et les jeunes sujets, surtout ceux qui présentent les caractères du tempérament dit lymphatique; à cause de ces caractères étiologiques, Bazin a considéré cette variété d'impétigo comme plus ordinairement développée sous la dépendance de la scrofule, et il l'a décrite sous le nom de *scrofulide bénigne exsudative*, en indiquant, comme des caractères propres à cette éruption, l'abondance de la sécrétion séro-purulente, l'épaisseur des croûtes, l'absence de cuisson et de démangeaison, et la longue durée habituelle de la maladie. Tout en admettant que l'impétigo figuré se montre souvent chez des individus lymphatiques et même scrofuleux, je ne puis le considérer comme une scrofulide, puisqu'il peut exister en dehors de la scrofule; et il me paraît conforme aux règles d'une bonne nosologie, de ne ranger parmi les scrofulides que les affections cutanées qui ont pour cause nécessaire la scrofule, de même qu'on n'appelle syphilides que les éruptions qui sont nécessairement d'origine syphilitique. J'ajouterai que même chez les scrofuleux, malgré l'assertion contraire de Bazin, on observe souvent des impétigos figurés accompagnés de démangeaisons vives et persistantes.

2° Dans l'*impétigo disséminé* (*I. sparsa*), les plaques sont éparses dans plusieurs régions, elles n'ont pas de forme régulière; elles sont d'ailleurs constituées égale-

ment par de petites pustules initiales agglomérées suivies de croûtes de couleur brune ou jaune ; ces plaques sont accompagnées habituellement d'un prurit intense. Elles se montrent le plus souvent aux membres et principalement aux membres inférieurs ; on les observe aussi aux mains et elles constituent une des formes de l'eczéma professionnel, qui a été désigné depuis longtemps sous le nom de *gale des épiciers*, lequel se rencontre chez les personnes disposées à l'eczéma, dont les mains sont habituellement en contact avec des substances irritantes, ainsi qu'on le voit chez les teinturiers, chez les confiseurs, chez les garçons de café et chez les gens qui font la cuisine. Bazin considérait l'impétigo disséminé comme étant d'origine dartreuse, et il l'a décrit sous le nom d'*impétigo dartreux* ou *melitagre*. Il indiquait avec raison comme siège d'élection de cette forme éruptive les membres, et particulièrement les creux poplités, les plis du bras, la face interne des membres supérieurs et inférieurs. Cette éruption présente habituellement une disposition symétrique, laquelle était, pour Bazin, avec le prurit intense, un des caractères des éruptions herpétiques. Une fois la période pustuleuse initiale passée, cet impétigo disséminé est bien difficile à distinguer de l'eczéma ; dans la pratique, on le confond également, souvent, avec une autre forme d'eczéma désignée sous le nom de *lichen agrius*, forme dans laquelle on voit associées, soit simultanément, soit successivement, des pustules, des vésicules et des papules.

3° L'*impétigo érysipélateux* (*I. erysipelatodes*) se distingue par l'intensité de la rougeur cutanée qui précède et qui accompagne l'éruption pustuleuse. Cette tache est quelquefois tellement rouge et tellement élevée au-dessus du niveau de la peau, qu'on pourrait croire tout d'abord à l'existence d'un érysipèle ; mais le développement des petites pustules de l'impétigo vient caractériser la mala-

die. Dans cette variété, il existe quelquefois de la fièvre au début, et la partie malade est ordinairement le siège d'une chaleur et d'une cuisson très marquées, auxquelles succède de la démangeaison.

4° L'*impétigo scabieux* (*I. scabida*) est caractérisé par l'épaisseur des croûtes, qui sont souvent brunes ou noirâtres, inégales, fendillées, semblables à l'écorce d'un arbre. Dans cette forme, la sécrétion plastique est abondante; il existe ordinairement des démangeaisons pénibles, et, lorsque la maladie siège aux jambes, elle s'accompagne souvent d'œdème, et donne quelquefois lieu à des ulcérations assez profondes. L'impétigo scabieux affecte principalement les individus débilités par l'âge, par la misère ou par les excès; sa durée est ordinairement longue.

5° Quant à l'*impétigo rongeant* (*I. rodens*), dans lequel les pustules sont suivies d'ulcérations profondes et envahissantes, ce n'est pas un impétigo; cette variété, indiquée par Willan et Bateman, et décrite avec détails par Devergie, est une affection appartenant à la syphilis ou à la scrofule; elle doit être rattachée aux syphilides et aux scrofulides.

Outre les cinq variétés admises par Willan et Bateman, je dois encore en signaler quelques autres et particulièrement l'*impétigo larvé*, l'*impétigo granuleux*, l'*impétigo contagieux* de Fox et l'*impetigo sycosiforme*. L'impétigo larvé (*I. larvalis*), admis par Cazenave, par Devergie et par quelques autres auteurs, n'est à proprement parler que le *porrigo larvalis* de Willan et de Bateman; c'est un impétigo occupant particulièrement le cuir chevelu et surtout la face, d'où le nom de *larvalis* (en manière de masque); il peut s'étendre également aux oreilles, à la nuque et au cou. Il se développe particulièrement chez les enfants, et il est désigné alors communément sous le nom de *croûte de lait*. Je ne vois aucune

différence entre l'impétigo larvé et l'impétigo figuré; il n'y a donc pas à insister sur cette variété, qui ne mérite pas de nom particulier.

L'*impétigo granulé* (*I. granulata*) des auteurs est digne d'une plus grande attention : Biett, Cazenave, Gibert, Devergie ont désigné sous ce nom une affection cutanée siégeant exclusivement au cuir chevelu et constituée par de petites pustules, tantôt isolées, tantôt réunies, qui se rompent très vite, et qui donnent lieu à des croûtes brunes, dures, d'un petit volume, dont une partie recouvre la peau, tandis qu'une autre est adhérente aux cheveux, dans un point de leur longueur, sous forme de galons ou de grains, d'où le nom d'impétigo granulé. En même temps qu'existe cette éruption, les cheveux, surtout lorsqu'ils sont longs, sont souvent mêlés les uns avec les autres, de manière à figurer un véritable feutrage; ils sont agglutinés par une espèce de matière visqueuse, qui paraît être le résultat d'une sécrétion sébacée, et, au milieu de ces croûtes et de ces cheveux altérés, on peut apercevoir une quantité plus ou moins grande de poux ordinairement en mouvement et de lentes fortement attachées aux cheveux sous la forme de petits grains grisâtres et arrondis. Pour terminer cette description, j'ajouterai que le cuir chevelu ainsi altéré exhale souvent une odeur fétide et repoussante. Tel est l'impétigo granulé de Biett, qui n'est autre chose que la teigne granulée d'Alibert. Mais je pense que cette éruption doit être séparée de l'impétigo : les pustules sont plus aplaties, plus isolées, plus éphémères; les croûtes sont plus sèches, plus brunes, moins adhérentes à la peau ; c'est une éruption pustuleuse spéciale consécutive à la présence des poux sur le cuir chevelu, c'est réellement une maladie d'origine parasitaire qui est à la phthiriase ce que l'ecthyma est à la gale. La sécrétion sébacée qui agglutine les cheveux est, comme l'éruption pustu-

leuse, le résultat de l'irritation du cuir chevelu par la présence des poux. J'ai l'habitude de désigner l'impétigo granulé et les autres lésions qui l'accompagnent sous le nom de *phthiriase capillaire* (voy. TRICHOMA, p. 103; PHTHIRIASE, p. 484).

Sous le nom d'*impétigo contagieux* (*I. contagiosa*), Fox (de Londres) a décrit pour la première fois, en 1864, une éruption survenant particulièrement à la face, au cuir chevelu, aux épaules et même sur tout le corps, et constituée par de petites vésicules se transformant promptement en pustules isolées au début, s'élargissant graduellement, puis s'ombiliquant; pouvant alors se réunir deux ou trois ensemble, et se terminant par une croûte brune qui conserve une dépression centrale. Cette maladie ressemble à l'éruption vaccinale; et Fox dit avoir constaté sa propriété contagieuse, et l'avoir vu régner épidémiquement. D'un autre côté, le docteur Piffard (de New-York) rapporte à cet impétigo contagieux de Fox une affection cutanée qu'il a eu occasion d'observer, et qui s'était développée chez un enfant de huit mois, quatre semaines après la vaccine, laquelle affection était constituée par des pustules disséminées sur diverses régions du corps et terminées par des croûtes jaunâtres. Cette éruption se prolongea pendant cinq ou six mois et disparut en laissant des macules brunes aux places occupées primitivement par les pustules. Pendant le cours de cette maladie, plusieurs personnes en contact avec l'enfant furent atteintes d'une affection semblable, et le docteur Piffard ayant soumis à l'examen microscopique quelques débris de croûtes, crut retrouver des spores mélangées à des lamelles épidermiques, et par conséquent n'hésita pas à expliquer la contagion de la maladie de Fox par sa nature parasitaire.

Que penser de ces descriptions données par Fox et par le docteur Piffard? J'avoue pour ma part n'avoir jamais

rencontré aucune éruption impétigineuse qui se rapprochât de l'affection dont il s'agit; presque tous les dermatologistes sont muets sur ce point. Aussi, plutôt que d'admettre cette variété, je serais tenté de rapporter les faits cités par Fox à des varicelles ou à des éruptions vaccinales qui, quelquefois, accompagnent ou suivent la vaccine. Cette dernière opinion pourrait s'appuyer sur ce fait, signalé par Fox, que l'impétigo contagieux a été principalement observé par lui chez des enfants qui venaient d'être vaccinés. Quant à l'observation, due au docteur Piffard, de cette éruption pustuleuse développée un mois après la vaccine et caractérisée par des pustules, se prolongeant pendant plusieurs mois et laissant à leur place des macules brunes, je ne fais pas difficulté d'y voir un exemple de syphilis vaccinale, et, au lieu des spores qu'il a cru trouver dans les croûtes, et dont il a donné le dessin annexé à son mémoire, ne pourrait-on pas plutôt voir des leucocytes mélangés à des lamelles épidermiques?

6° *Impétigo sycosiforme.* — Dans mes leçons cliniques sur les maladies de la peau, j'ai cru devoir indiquer comme variétés de l'impétigo deux formes d'éruption pustuleuses que j'ai désignées sous les noms d'*impétigo sycosiforme* ou *pilaris* et d'*impétigo acniforme*. Des observations ultérieures m'ont éclairé sur la nature de ces états pathologiques qu'on peut rapporter à un seul type consistant dans une inflammation simple des follicules pileux, bien différente de l'impétigo par son siège anatomique spécial; cette maladie a été longtemps confondue avec le sycosis, sa place nosologique devrait se trouver à côté de l'acné; mais, comme sa description a été omise dans le chapitre consacré aux inflammations locales de la peau, je crois devoir la présenter ici à propos de l'impétigo, tout en renouvelant mes réserves relativement à sa nature.

Dans cette affection, désignée sous les noms d'*eczéma*

et d'*impétigo pilaires*, d'*impétigo sycosiforme* (Devergie), de *folliculite*, de *sycosis simple*, d'*adénotrichie* (Hardy), la lésion est constituée par une inflammation simple du follicule pileux, sans productions parasitaires. C'est une maladie ayant le même siège anatomique que le sycosis parasitaire, mais d'une nature toute différente, et, comme je l'ai dit en parlant de la trichophytie sycosique, il serait à désirer que ces maladies fussent désignées par des noms différents.

L'adénotrichie peut affecter toutes les parties pileuses du corps, mais elle siège presque exclusivement au visage, à la barbe, aux favoris, au menton, mais surtout sur la lèvre supérieure, laquelle est seule affectée dans un assez grand nombre de cas. La maladie débute par de petites pustules arrondies, peu saillantes, s'élevant à l'orifice du follicule pileux ; elles sont, le plus souvent, traversées par un poil qui en occupe le milieu. Ces pustules plus ou moins nombreuses, tantôt rapprochées, tantôt disséminées, se rompent, et le liquide qu'elles contiennent se dessèche et forme une croûte. Lorsque plusieurs pustules sont rapprochées, la croûte peut avoir une certaine étendue ; elle couvre quelquefois toute la lèvre supérieure, quelquefois elle n'existe que dans le sillon naso-labial ; chez d'autres malades, il y a plusieurs surfaces croûteuses, à la lèvre supérieure, au menton et aux favoris ; cette croûte est plus souvent brune que jaune, elle est sèche, fragmentée, assez adhérente, et, lorsqu'elle est détachée, on voit qu'elle recouvre une surface excoriée semblable à celle qu'on trouve sous les croûtes de l'eczéma impétigineux ; elle se reproduit d'ailleurs assez vite. Lorsque les pustules sont plus disséminées, elles se dessèchent et se recouvrent d'une petite croûte isolée qui tombe assez vite sans laisser de traces, et alors on voit tous les jours ou tous les deux ou trois jours de nouvelles pustules apparaître dans un point ou dans un

autre et se comporter de la même manière. Dans cette affection les poils sont peu altérés, ils sont adhérents au follicule et ils ne tombent pas; ce n'est qu'à la longue et par suite d'une inflammation folliculeuse prolongée qu'on voit quelques poils s'atrophier, se sécher et tomber spontanément, en laissant une alopécie très circonscrite et incomplète.

Sous les pustules, sous les croûtes, il y a peu de gonflement, et c'est à peine si l'on trouve quelques traces d'induration à la base d'un follicule; il n'y a pas de propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané ni aux ganglions lymphatiques voisins. Mais il y a quelquefois, surtout à la lèvre supérieure, des excoriations et des fissures douloureuses. Les malades d'ailleurs accusent habituellement des picotements, des élancements, des douleurs au contact de l'air froid ou de quelques liquides irritants. Quelquefois il n'y a aucune sensation douloureuse et la maladie n'est constituée que par l'éruption. La santé générale est ordinairement conservée.

Lorsque cette maladie est le résultat d'une cause accidentelle et momentanée, telle qu'un contact irritant sur une surface barbue, elle peut être aiguë et ne durer que quelques semaines; mais le plus ordinairement elle a une marche chronique et elle peut avoir une très longue durée : tous les jours, ou à des intervalles variés de trois, quatre ou huit jours, on voit se manifester une ou plusieurs pustules qui sont éphémères, mais qui se renouvellent incessamment. Il n'est pas rare de voir ainsi la maladie se prolonger pendant plusieurs années avec des éruptions successives. Au bout d'un temps plus ou moins long, la guérison finit cependant par être obtenue, ordinairement sans alopécie consécutive. Chez quelques malades, même après la guérison, on voit de loin en loin reparaître quelques rares pustules, et les récidives ne sont pas rares; cela est vrai surtout pour le sycosis de la

lèvre supérieure, souvent causé et entretenu par le flux nasal; chez certaines personnes, ce sycosis spécial survient chaque hiver, sous l'influence du froid qui amène un coryza.

Le siège spécial de l'éruption aux régions pileuses, l'apparence des pustules traversées par un poil, la sécheresse et la segmentation de la croûte, sont les caractères objectifs qui permettent de reconnaître le sycosis simple; on le distinguera facilement de l'eczéma et de l'impétigo par le siège des pustules occupant exclusivement les follicules pileux et par l'absence d'éruption sur les parties voisines de la barbe; les pustules d'acné simple ressemblent beaucoup aux pustules sycosiques, mais là encore le siège de l'éruption empêche toute erreur, l'acné ne se développant guère dans les parties de la face recouvertes de poils. La véritable difficulté diagnostique est relative à la distinction à établir entre le sycosis parasitaire et le sycosis simple. Pour résoudre ce problème, on devra se rappeler que dans la trichophytie sycosique les pustules sont plus volumineuses, plus saillantes, qu'il existe souvent de véritables tubercules; il y a du gonflement dû à une infiltration inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané; d'autre part, les poils sont altérés, ils se laissent arracher facilement, souvent même ils tombent spontanément; ils sont ternes, gris, engainés, et il est souvent possible d'y découvrir au microscope la présence des spores du trichophyton, signe pathognomonique de la trichophytie; ou encore on trouve dans le voisinage du cuir barbu des plaques d'herpès circiné ou tonsurant; tandis que dans l'adénotrichie, les pustules sont petites, peu saillantes, les tubercules et les nodosités cutanées sont très rares, il n'y a pas de gonflement sous-cutané, les poils sont peu altérés et adhérents, et on ne peut les arracher qu'avec difficulté et douleur.

L'adénotrichie est une des maladies cutanées les plus

rebelles; comme je l'ai déjà dit, il n'est pas rare de la voir se prolonger pendant plusieurs années par des éruptions successives, et même récidiver après des disparitions plus ou moins longues. C'est une affection peu douloureuse; mais son siège dans une partie découverte et sa ténacité la rendent très pénible.

Le sycosis simple peut être le résultat d'une irritation locale sur la région pileuse; c'est ainsi qu'on voit la maladie se développer sous l'influence de l'action d'un rasoir mal effilé, par le contact d'un mauvais savon, d'une pommade rance ou irritante, de poussières âcres; elle se développe souvent à la lèvre supérieure, dans le sillon naso-labial chez les priseurs sous l'influence du tabac, et à la suite d'un coryza par le contact et le séjour du mucus nasal sur la peau. Mais, dans ces circonstances accidentelles, l'inflammation folliculeuse est de peu de durée et d'une intensité médiocre, si le malade est dans de bonnes conditions de santé ; si au contraire la maladie persiste et se prolonge, il faut chercher la cause de cette durée dans une disposition générale inhérente au malade, laquelle disposition peut même à elle seule faire naître la maladie spontanément et en dehors de toute cause locale. Bazin a fait jouer dans la production du sycosis non parasitaire un rôle important à la maladie constitutionnelle qu'il appelle arthritis; je ne veux pas nier que, chez certains malades atteints d'une des variétés de la goutte, le sycosis, et principalement le sycosis sec de la lèvre supérieure, ne puisse pas être observé; mais Bazin a certainement exagéré l'influence de l'arthritis, et, d'après mon observation, je serais bien plus tenté d'attribuer l'inflammation chronique des follicules pileux de la barbe au lymphatisme et à la scrofule; c'est presque exclusivement, en effet, chez les individus présentant les attributs du tempérament lymphatique qu'on voit se développer et se prolonger les sycosis simples. J'ajoute que

chez ces personnes lymphatiques la trichophytie s'accompagne quelquefois d'une adénotrichie simple, et qu'il est possible de voir, après la destruction du parasite, une folliculite simple persister sur les parties pileuses de la face; le parasite a joué alors le rôle d'une cause irritante accidentelle. Chez les individus herpétiques, on observe aussi quelquefois, soit simultanément, soit successivement, le mélange d'un sycosis avec une des variétés de l'eczéma.

Le traitement de l'adénotrichie est difficile, et les moyens à l'aide desquels on cherche à le combattre sont habituellement peu efficaces. Ces moyens sont locaux ou généraux. Au début de la maladie, il faut avoir recours aux lotions émollientes, aux cataplasmes de farine de riz, aux bains d'eau de son, en faisant tremper le menton dans le liquide du bain, à des tisanes rafraîchissantes et à des purgatifs salins, répétés de temps en temps ; il faut surtout à ce moment s'abstenir de l'application de toute pommade ou de tout autre corps gras; on se trouvera mieux alors de faire saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon ou de talc seule ou mélangée avec du sous-nitrate de bismuth ou de l'oxyde de zinc, dans la proportion d'un dixième ou d'un cinquième; on peut se servir de ces poudres pendant le jour en employant les cataplasmes de fécule ou de farine de riz pendant la nuit. Ces moyens antiphlogistiques sont à employer non seulement au début, mais en tous temps, lorsqu'il existe de la sécrétion et des croûtes. Plus tard, lorsque la maladie est manifestée par des pustules isolées qui se dessèchent sur place, on peut recourir à des applications un peu astringentes, à des lotions avec une infusion de mélilot, de camomille, de feuilles de noyer; on se trouve bien encore, à ce moment, de se servir de lotions avec l'extrait de Saturne très étendu d'eau, avec de l'eau de goudron, ou mieux avec le coaltar saponiné de Lebeuf

étendu d'eau tiède, dans la proportion d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café de coaltar pour un verre d'eau tiède. A côté des lotions, je puis parler aussi des douches de vapeur ou d'eau sulfureuse pulvérisées projetées sur les endroits malades. En même temps on pourra employer les applications d'un mélange d'eau et de sous-nitrate de bismuth avec le quart de poudre de bismuth, ou bien encore d'une pommade préparée avec un vingtième d'oxyde de zinc incorporé à du cold-cream et à de la glycérine. Mais il faut toujours proscrire les pommades à base de soufre ou de sel mercuriel; j'ai constaté souvent leur effet nuisible, si ce n'est peut-être à la fin de la maladie, alors que l'inflammation avait complètement perdu son acuité.

Parmi les moyens locaux proposés contre le sycosis figure l'épilation des régions malades. Bazin conseillait et pratiquait cette opération; pour ma part, j'avoue que je la repousse, elle est douloureuse et inutile : en effet, les poils sont très adhérents aux follicules, on ne peut les arracher sans douleur, et si, quelques jours après l'opération, les phénomènes inflammatoires paraissent se calmer, bientôt, lorsque les poils commencent à reparaître, les pustules se montrent de nouveau et on n'a rien gagné. On n'obtiendra pas davantage des épilations successives qui seraient pratiquées; je suis donc un adversaire convaincu de l'épilation.

J'ai dit tout à l'heure que fréquemment les éruptions pustuleuses du sycosis étaient causées et entretenues par une maladie constitutionnelle, et cette circonstance étiologique doit avoir une grande influence sur le traitement général. Si l'on a des raisons pour reconnaître la disposition goutteuse, on devra administrer les préparations alcalines, et en particulier le bicarbonate et le benzoate de soude, on prescrira des purgatifs de temps en temps, on conseillera un régime diététique très peu stimulant et

on enverra avec avantage les malades aux eaux alcalines, principalement à Royat, à Saint-Gervais, à Saint-Honoré, à Plombières. Si au contraire, ce qui est le plus ordinaire, les malades sont lymphatiques ou scrofuleux, outre les moyens locaux déjà indiqués, on devra insister sur l'emploi des amers, des toniques ; le sirop de raifort, les préparations de quinquina, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, le chlorure de sodium, sont indiqués et doivent à la longue produire de bons résultats. Dans ces circonstances, j'ai vu l'arséniate de fer amener la guérison de sycosis anciens et rebelles. Les eaux sulfureuses de Bagnères de Luchon, d'Ax, de Barèges, les eaux chlorurées sodiques de Salins, de Salins-Moutiers, de Kreutznach, les eaux de la Bourboule sont également utiles. Enfin, lorsque le sycosis survient chez des personnes atteintes actuellement ou antérieurement d'éruptions herpétiques, surtout s'il existe en même temps quelques phénomènes goutteux, on trouvera un grand avantage à employer simultanément les alcalins et les préparations arsenicales.

Marche, durée, terminaison. — En indiquant que l'impétigo présente trois périodes successives, j'ai suffisamment signalé la marche ordinaire de cette maladie. Sa durée totale est d'ailleurs variable ; dans quelques cas légers où l'éruption n'est constituée que par quelques pustules en très petit nombre et par des croûtes peu étendues et peu épaisses, la maladie peut ne durer que deux, trois ou quatre semaines ; mais il est ordinaire, même lorsque la maladie n'est ni très grave, ni très étendue, de la voir se prolonger au moins pendant six semaines ; et dans beaucoup de circonstances, que l'éruption soit circonscrite ou disséminée, la guérison se fait attendre pendant deux, trois, quatre mois et plus ; dans la forme dite scabieuse, la durée peut varier de six mois à un an. Chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, il n'est

pas rare de voir l'impétigo s'éterniser pendant plusieurs années; c'est ce qui arrive surtout pour l'impétigo de la face et du cuir chevelu. Dans ces cas graves désignés par Alibert sous le nom de mélitagre chronique, la maladie peut changer de place, et elle présente, relativement à l'étendue et à l'intensité de l'éruption, de nombreuses alternatives d'amélioration et de recrudescence.

La guérison est néanmoins la règle dans l'impétigo, et, après un temps plus ou moins long, la peau reprend ses caractères normaux, et la maladie disparaît sans laisser ni cicatrice, ni altération de coloration dans les régions antérieurement affectées. Quelquefois cependant, lorsque la maladie s'est prolongée longtemps aux membres inférieurs, il reste, à la place occupée par les croûtes, des taches grises ou brunes, qui ne s'effacent jamais. Chez quelques enfants scrofuleux atteints d'impétigo larvé au visage, lorsque les croûtes ont été arrachées violemment, ou bien lorsque la sécrétion a duré très longtemps et lorsque l'ulcération, ordinairement superficielle, a été un peu plus profonde, il peut rester après la guérison de l'impétigo quelques cicatrices légères, mais apparentes et persistantes.

Il arrive quelquefois que la disparition de l'impétigo coïncide avec le développement d'une autre maladie aiguë ou chronique; c'est ce qu'on voit souvent par le fait d'une affection fébrile, et dans ce cas, habituellement, l'impétigo reparaît après la guérison de la maladie accidentelle. Tous les médecins ont vu des impétigos anciens être remplacés par des bronchites chroniques, par des dyspepsies, par des diarrhées persistantes. Chez un sujet atteint depuis longtemps d'impétigo, c'est même un mauvais signe de voir l'éruption se sécher et tendre à disparaître brusquement: cette amélioration est ordinairement l'indice d'une autre affection imminente.

Avant de quitter ce qui est relatif à la marche de l'impétigo, je dois signaler dans cette maladie la facilité des récidives qui ont lieu après des intervalles variables. Dans ce cas la maladie ne reparaît pas toujours sous la même forme, et il n'est pas rare de la voir affecter successivement l'apparence de l'impétigo, de l'eczéma, du lichen ou du pityriasis ; ce qui se comprend très bien, puisque ces différentes éruptions ne sont, comme je l'ai déjà exposé, que des formes différentes d'un seul et même genre nosologique, de l'eczéma.

Diagnostic. — L'impétigo est caractérisé essentiellement par une éruption de petites pustules acuminées, ordinairement réunies (*psydraciées*), de peu de durée, et par des croûtes inégales, saillantes, d'une couleur jaune, verdâtre ou brune. Les maladies avec lesquelles cette éruption présente quelque ressemblance sont principalement l'eczéma, l'herpès, l'acné pustuleuse, l'ecthyma, le sycosis, le favus.

L'impétigo n'étant qu'une des formes de l'eczéma, on comprend combien le diagnostic différentiel de ces deux états morbides est difficile à établir, j'affirme même qu'il est quelquefois impossible à la seconde, et surtout à la troisième période. Néanmoins on sera en droit de reconnaître la variété impétigo, par la présence des pustules initiales, tandis que l'eczéma débute ordinairement par des vésicules remplies d'un liquide transparent, par l'existence de croûtes épaisses, rugueuses, jaunâtres ou brunes, tandis que la surface eczémateuse est ordinairement recouverte de squames lamelleuses, molles, ou de croûtes minces, aplaties et moins colorées que dans l'impétigo ; l'étendue de l'éruption impétigineuse est habituellement moins grande, la marche de la maladie est souvent plus rapide, et la durée est alors moins longue. Mais il est évident que ce n'est là qu'une question de plus ou de moins, et le plus ordinairement, dans les cas

douteux, on tourne la difficulté en admettant un eczéma impétigineux.

L'herpès fébrile est facile à distinguer de l'impétigo : il débute par des plaques rouges et vésiculeuses, ordinairement très circonscrites, de peu d'étendue, et qui se recouvrent promptement de croûtes brunes peu épaisses. Sa marche est plus régulière, et sa durée est bien plus courte. Son apparition coïncide toujours avec l'existence d'une affection fébrile.

L'acné pustuleuse simple présente comme l'impétigo de petites pustules acuminées; mais ces pustules sont disséminées, elles durent plus longtemps sans se rompre, et leur dessiccation ne donne lieu à la formation d'aucune croûte.

Dans l'ecthyma, les pustules ont une dimension assez considérable, elles sont régulièrement arrondies, entourées circulairement d'une auréole d'un rouge vif; elles sont isolées les unes des autres, et, lorsqu'elles sont voisines et lorsqu'elles se confondent, il est encore possible à la configuration des groupes, et surtout dans quelques pustules isolées, de reconnaître la forme de la lésion primitive. Les croûtes qui résultent de la dessiccation de la pustule, ont le même aspect arrondi et régulier, elles sont sèches, brunes, et ne présentent pas l'épaisseur, les rugosités et la couleur melliforme des pustules impétigineuses.

Le siège spécial du sycosis parasitaire sur les parties pileuses, l'induration qui entoure les pustules, l'altération de couleur des poils, leur peu d'adhérence et leur chute, puis surtout le résultat de l'examen microscopique caractériseront suffisamment la maladie parasitaire, pour qu'il soit facile de la distinguer de l'impétigo.

Il est plus difficile quelquefois de différencier certains favus anciens de l'impétigo du cuir chevelu; mais dans la teigne faveuse, alors qu'au premier abord les croûtes

n'ont pas un aspect bien caractéristique, un examen un peu prolongé permet toujours d'apercevoir quelques concrétions à dépression centrale; les cheveux sont tombés en grande partie, et ceux qui restent sont secs, grisâtres et lanugineux; la tête exhale une odeur spéciale de souris; et d'ailleurs, dans les cas difficiles, le microscope en faisant reconnaître l'absence ou la présence des spores caractéristiques qui ne manquent jamais dans les croûtes faviques, permet toujours d'établir un diagnostic certain.

Pronostic. — L'impétigo n'est pas, à proprement parler, une maladie grave; il ne menace jamais l'existence; mais c'est une affection désagréable qui atteint souvent les parties du corps habituellement découvertes, la face, le cuir chevelu et les mains; c'est aussi une maladie dont la durée est quelquefois assez longue, et qui offre chez certaines personnes une grande résistance à la guérison. Son pronostic varie d'ailleurs suivant certaines circonstances relatives à la maladie et au malade. C'est ainsi que l'éruption à marche aiguë, parcourant ses périodes rapidement et occupant un espace peu étendu, est bien moins fâcheuse que l'impétigo à forme chronique, et particulièrement que celui qui revêt la forme scabieuse. L'impétigo disséminé, étendu à plusieurs régions, offre habituellement une plus grande résistance que l'impétigo figuré, caractérisé par quelques plaques seulement. Le siège de la maladie est également important à considérer: l'impétigo des membres inférieurs est ordinairement rebelle et de longue durée; chez les enfants la maladie siégeant au cuir chevelu est habituellement résistante. Chez certaines personnes, je l'ai déjà dit, les récidives sont fréquentes, et, à chaque nouvelle manifestation, la maladie est presque constamment plus grave pour l'étendue et pour la durée. Le pronostic est enfin plus grave encore lorsque la maladie cutanée ne dispa-

raît que pour faire place à d'autres affections internes plus sérieuses. Chez les individus lymphatiques, scrofuleux ou affaiblis par de mauvaises conditions hygiéniques, et particulièrement chez les enfants, l'impétigo est souvent très tenace et se prolonge pendant plusieurs années. Le moment de la seconde dentition, l'âge de la puberté sont quelquefois alors des époques favorables à la disparition de la maladie cutanée.

Siège anatomique et nature. — Certains auteurs ont placé le siège anatomique de l'impétigo, dans les conduits sudorifères, d'autres dans les glandes sébacées; il est certain que le siège de cette maladie est le même que celui de l'eczéma, et que les lésions très superficielles qui la constituent, sont situés principalement dans le corps muqueux. Quant à la nature de la maladie, j'ai déjà suffisamment émis l'opinion que l'impétigo n'était qu'une forme, qu'une variété de l'eczéma, et que par conséquent, nosologiquement, il doit rentrer dans le groupe des maladies dartreuses (voy. Eczéma). L'hérédité fréquemment constatée de cette maladie, sa chronicité habituelle, sa tendance à l'extension, ses récidives faciles, son siège superficiel et sa guérison sans cicatrices, sont autant de circonstances qui la rattachent aux maladies dites dartreuses.

Comme pour les autres genres nosologiques, Bazin a cherché à établir que l'impétigo pouvait varier de nature suivant les différents cas, que tantôt il était accidentel et de cause externe, ou bien qu'il se développait sous l'influence d'une cause interne, constitutionnelle, et alors qu'il était de nature dartreuse, scrofuleuse ou syphilitique. A chacune de ces variétés correspondraient des caractères spéciaux, qui permettraient de les reconnaître dans la pratique. C'est ainsi que dans l'impétigo accidentel ou de cause externe, la maladie se distinguerait par un siège spécial, et surtout par son étiologie, l'érup-

tion survenant alors par l'exercice de certaines professions, ou comme complication de la phthiriase, de la gale ou des teignes; l'impétigo granulé rentrerait dans cette catégorie. L'impétigo dartreux, que Bazin propose d'appeler mélitagre, aurait pour caractère de se présenter sous la forme de plaques disséminées (*I. sparsa*), ordinairement symétriques, recouvertes de croûtes épaisses et étendues à tout un membre (*I. scabida*); il serait accompagné d'un prurit très prononcé et aurait pour siège de prédilection les membres à leur face interne, les joues et, très rarement, le cuir chevelu; la durée de cette affection serait longue, et les récidives seraient fréquentes et faciles. L'impétigo scrofuleux serait commun dans la première enfance, il siégerait presque constamment au cuir chevelu et à la face, principalement au pourtour du nez, à l'intérieur des narines et aux lèvres; il se manifesterait sous la forme de plaques bien circonscrites (*I. figurata*); la sécrétion séro-purulente serait abondante; les croûtes seraient épaisses; il y aurait peu de douleurs et les démangeaisons seraient presque nulles. Comme complication habituelle de cette variété, on rencontrerait fréquemment des ganglions engorgés ou enflammés, surtout dans le voisinage de l'éruption, un coryza habituel, de la blépharite ciliaire et d'autres affections scrofuleuses. Bazin rattache également à la scrofule sous le nom d'impétigo malin, l'*impetigo rodens* des Willanistes qu'il est mieux de désigner sous le nom de scrofulide pustuleuse. Enfin le même auteur rattache à l'impétigo syphilitique la syphilide miliaire comme forme bénigne, et la syphilide pustulo-crustacée comme forme grave et maligne.

Ces opinions de Bazin sur la nature de l'impétigo ne me paraissent pas devoir être adoptées. Je dirai d'abord que l'impétigo n'est pas une maladie secondaire, ce n'est pas un symptôme qui se développe consécutivement à une

autre affection ; c'est un eczéma, une espèce nosologique qui est toujours de la même nature, quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle se développe. En mettant l'impétigo sous la dépendance de la scrofule et de la syphilis, Bazin a certainement fait plier les faits sous sa doctrine, et il en est arrivé à considérer comme scrofuleux des enfants atteints, dans leur jeune âge, d'un impétigo de la face ou du cuir chevelu, et qui n'ont jamais présenté et ne présenteront jamais aucun symptôme réel de scrofule. D'une autre part, les affections véritablement scrofuleuses ou syphilitiques que Bazin rattache à l'impétigo, s'en éloignent véritablement par la gravité et par la profondeur de leurs lésions, tandis que l'impétigo ordinaire et classique est une affection superficielle.

Étiologie. — L'impétigo se développe sous l'influence des mêmes causes que l'eczéma ; c'est une affection héréditaire qui se rencontre également dans les deux sexes, et à tous les âges ; cependant je crois devoir indiquer le jeune âge comme une circonstance favorable à la forme impétigineuse ; cette maladie se rencontre en effet fréquemment chez les enfants, et principalement au moment de la dentition ; il atteint aussi de préférence les sujets scrofuleux, et chez eux, comme l'a fait remarquer Bazin, l'éruption présente quelques caractères particuliers que j'ai indiqués tout à l'heure ; mais c'est là une simple question de terrain, et ces modifications dans la modalité de quelques caractères ne suffisent pas pour faire admettre une nature différente de la maladie. Les changements de saisons paraissent également avoir une certaine influence sur le développement de l'impétigo : Bateman dit avoir vu souvent cette affection survenir à la fin de l'automne et se prolonger tout l'hiver. Les mauvaises conditions hygiéniques, l'altération de la santé générale par le fait de la misère, d'une alimentation

insuffisante et de l'absence des soins de propreté, quelquefois même par des chagrins vifs ou prolongés, sont des circonstances favorables à la production de l'impétigo, et principalement au développement de la forme scabieuse.

Quant aux causes accidentelles qui peuvent faire éclater la maladie chez des individus préparés à l'eczéma par une disposition constitutionnelle, je signalerai le contact habituel de certaines substances irritantes, ainsi que cela arrive dans certaines professions (eczéma professionnel de Bazin), l'irritation de la peau par des pommades, par des emplâtres ou même par des parasites; on voit l'impétigo survenir comme complication de la gale, de la phthiriase, du favus et de l'herpès parasitaire.

Devergie a soutenu la faculté contagieuse de l'impétigo; j'ai indiqué une variété décrite par Fox comme ayant pour caractère principal d'être contagieuse; malgré ces opinions, et malgré celles de quelques autres médecins, je ne puis croire à la contagion de l'impétigo; je n'ai jamais observé aucun fait favorable à cette manière de voir, et je suis porté à penser que, dans les cas où la contagion a été observée, on avait affaire à une autre maladie méconnue, ou que l'éruption impétigineuse, existant réellement, était accompagnée d'une autre maladie véritablement contagieuse.

Traitement. — Le traitement de l'impétigo doit être établi dans les mêmes règles que celui de l'eczéma : dans la première et dans la seconde période, c'est aux antiphlogistiques locaux et aux dérivatifs sur l'intestin qu'il faut s'adresser; dans la troisième période, il faut avoir recours principalement aux modificateurs généraux et à la médication reconstituante. Sans entrer dans des détails exposés dans l'article Eczéma, je vais indiquer ici les moyens thérapeutiques spécialement applicables à la forme impétigineuse.

Dans la première période, il n'y a rien de particulier à

dire, le traitement est tout à fait celui de l'eczéma; on devra combattre l'inflammation cutanée par des bains émollients, par des cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de riz, par des applications de poudre d'amidon ou de lycopode; en même temps on fera prendre aux malades des tisanes rafraîchissantes, des purgatifs salins ou des diurétiques à faible dose.

Dans la seconde période, le traitement est plus difficile à appliquer, et la première question qui se présente, c'est celle qui se rapporte à la conservation ou à l'ablation des croûtes impétigineuses: quelques médecins, parmi lesquels je placerai Bazin, pensent qu'on doit respecter les croûtes qui servent de protection à la peau ulcérée, et qu'on doit les laisser tomber spontanément, en se contentant de les saupoudrer avec de la farine de riz, avec de l'amidon ou avec quelques autres poudres inertes. D'autres personnes sont d'avis, au contraire, qu'il faut chercher à faire tomber les croûtes, et qu'en agissant ainsi, on favorise la cicatrisation des ulcérations superficielles de la peau. Pour ma part, je partage cette dernière manière de voir; je préfère habituellement enlever les croûtes à l'aide de bains, de lotions émollientes et à l'aide de cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de farine de riz; pour l'impétigo du cuir chevelu, je me sers avec avantage d'un bonnet en toile vulcanisée avec lequel la tête est recouverte jour et nuit ou la nuit seulement. J'ai vu habituellement cette pratique amener un résultat plus prompt que lorsque les croûtes étaient abandonnées à elles-mêmes. Cependant, dans les cas légers, alors que l'impétigo ne s'est manifesté que sous la forme de quelques plaques disséminées, peu nombreuses, je ne pense pas qu'il soit utile de recourir aux cataplasmes, et je me contente de topiques pulvérulents; dans ces circonstances, je me suis quelquefois bien trouvé de toucher les croûtes avec de la teinture d'iode pure, et de

renouveler cette application tous les deux ou trois jours jusqu'à la chute des concrétions croûteuses; j'ai vu quelquefois la maladie avoir une durée très courte sous l'influence de ce moyen; mais il ne m'a jamais réussi que dans des cas peu graves.

Lorsque les croûtes sont très épaisses et lorsqu'elles recouvrent des ulcérations assez profondes, dans la variété désignée par tous les auteurs sous le nom d'*impetigo scabida*, les cataplasmes et les applications émollientes ne réussissent pas habituellement; il est préférable de respecter les croûtes, d'autant mieux que leur ablation est souvent une cause de douleurs vives. Cependant, dans ces formes graves, lorsque l'impétigo siège aux membres, j'ai souvent obtenu de grands avantages de l'emmaillotement hermétique des membres à l'aide de la toile vulcanisée.

Pendant cette seconde période, les tisanes amères, les purgatifs salins renouvelés de temps en temps, doivent être prescrits; mais, sans attendre la chute des croûtes et la dessiccation des ulcérations, on doit avoir recours aux médicaments reconstituants, à la tête desquels je placerai sans contredit l'huile de foie de morue à la dose de deux, de quatre et même de six cuillerées à bouche par jour; dans l'impétigo des enfants, c'est le médicament par excellence, et il donne souvent des résultats très prompts. Après l'huile de foie de morue, je placerai le sirop de raifort, les jus d'herbes, les préparations de gentiane, les préparations de feuilles de noyer, le phosphate de chaux, l'iodure de fer en sirop ou en pilules. Je signalerai encore les préparations arsenicales, et surtout l'arséniate de fer, que je considère comme un des meilleurs médicaments dans le traitement de l'impétigo; la dose pour les enfants peut être de deux à trois centigrammes par jour; chez les adultes, on peut aller jusqu'à cinq et même dix centigrammes. L'iodure de potassium est assez rare-

ment indiqué; cependant chez les scrofuleux, et dans les formes graves d'impétigo désignées sous le nom d'impétigo scabieux, on peut se trouver bien d'alterner l'iodure de potassium avec l'huile de foie de morue, avec l'iodure ou l'arséniate de fer.

Comme pour l'eczéma, les pommades sont rarement utiles contre l'impétigo; je mentionnerai cependant, comme pouvant quelque peu modifier l'état des surfaces sécrétantes et diminuer l'écoulement séro-purulent, certaines pommades à base de calomel, d'oxyde de zinc, de tanin et de nitrate neutre de mercure. Dans ces circonstances, Bazin dit s'être bien trouvé quelquefois d'étendre sur les surfaces malades de l'huile de cade pure ou mélangée à une certaine portion d'huile d'amandes douces ou d'axonge; l'inflammation substitutive qui survient à la suite de cette application est souvent suivie d'amélioration. Dans ce même ordre d'idées, Hébra conseille de laver les surfaces impétigineuses avec une solution aqueuse de potasse; j'ai déjà parlé de ce moyen de traitement à propos de l'eczéma; je l'ai peu employé et je ne saurais en apprécier au juste la valeur; il me semble cependant qu'il pourrait constituer une ressource thérapeutique dans les cas d'impétigos rebelles. Les lotions sulfureuses, les bains sulfureux peuvent également réussir dans les mêmes conditions; j'en ai vu de bons résultats dans plusieurs cas graves.

Dans la troisième période de l'impétigo, le traitement reconstituant ou substitutif dont je viens de parler doit être continué; très souvent alors il faut abandonner les moyens locaux pour ne s'arrêter qu'à l'administration des remèdes généraux. C'est à ce moment que se trouve principalement indiquée la médication sulfureuse à l'intérieur et même à l'extérieur; et la meilleure manière de l'appliquer se trouve dans l'administration des eaux minérales sulfureuses, et particulièrement des eaux sul-

fureuses sodiques de Bagnères de Luchon, d'Ax, d'Amélie-les-Bains, de Barèges, d'Aix-la-Chapelle, de Molitg. Les eaux chlorurées sodiques peuvent également donner de bons résultats, surtout lorsqu'il s'agit de combattre l'impétigo développé chez des sujets scrofuleux; à la tête de ces eaux je placerai celles d'Uriage, qui sont parfaitement indiquées dans les eczémas et dans les impétigos entés sur la scrofule, puis les eaux de Salies en Béarn, les eaux de Salins, de Nauheim, de Kreutznach, d'Ischl. Dans ces circonstances encore, on a vu quelquefois les bains de mer amener de bons résultats. Je ne dois pas enfin oublier de signaler les effets souvent favorables des eaux de Louesche, en Valais. Ces différentes eaux que je viens d'énumérer sont surtout indiquées à la fin de l'impétigo, dans sa dernière période, dans le but d'en compléter la guérison et de prévenir des récidives trop promptes; mais dans les impétigos de longue durée, alors que la seconde période se prolonge indéfiniment, il faut savoir qu'on peut quelquefois hâter la terminaison favorable par une saison des eaux minérales que je viens d'énumérer, prescrites alors même que persiste encore la période de sécrétion.

Chez les malades atteints d'impétigo, il est nécessaire de prescrire le régime alimentaire qui convient dans les affections de nature dartreuse, c'est-à-dire l'abstinence des poissons, des coquillages, des préparations de porc, du gibier, des aliments fermentés et de haut goût; il est également bon de proscrire l'usage des boissons alcooliques; toutefois, lorsque l'impétigo est associé à la scrofule, tout en évitant dans l'alimentation les substances dont nous venons de parler, il est essentiel d'avoir recours à une alimentation suffisamment réparatrice, et il faut conseiller du bouillon, de la viande noire, un peu de bon vin, quelquefois même un peu de café. L'hygiène alimentaire doit être moins sévère que dans les affections herpétiques pures.

Il est important également de placer les malades dans de bonnes conditions de climat et d'habitation ; on a vu quelquefois des impétigos rebelles guéris par l'habitation à la campagne. Les malades doivent prendre l'air et faire un certain exercice; je fais exception cependant pour ceux chez lesquels l'affection impétigineuse siège aux extrémités inférieures et qui doivent garder, autant que possible, un repos horizontal sans lequel souvent la maladie ne peut guérir. Enfin, j'ai à peine besoin de signaler le danger des fatigues, des travaux excessifs, et particulièrement des veilles.

3° Pityriasis.

Le sens étymologique du mot pityriasis équivaut à une définition ; il vient en effet du mot grec πίτυρον, qui veut dire *son*, et il s'applique à une maladie cutanée caractérisée principalement par de petites squames se détachant de la peau sous forme de lamelles ou de poussières assez semblables à celles du son ou de la farine.

Le pityriasis entendu dans le sens d'une affection cutanée squameuse superficielle, a été décrit par les auteurs anciens et modernes ; il a été accepté par Willan, et il figure comme troisième genre de l'ordre des squames dans la classification de Bateman ; il a été désigné par Alibert sous le nom d'herpès furfureux volatile : c'est pour cet auteur une espèce du genre herpès, dans la classe des dermatoses dartreuses. Tous les dermatologistes contemporains ont conservé ce mot de pityriasis avec sa désignation traditionnelle ; seulement quelques-uns d'entre eux, parmi lesquels je citerai Erasmus Wilson, Anderson, Hébra et moi-même, frappés de la ressemblance parfaite de certaines formes de pityriasis avec l'eczéma, de la transformation fréquente de ces deux maladies entre elles et de la difficulté pratique de distinguer

nettement le pityriasis de l'eczéma sec, ont pensé que le pityriasis pouvait être rattaché à l'eczéma, dont il constitue l'expression la plus affaiblie. Aussi, répétant ici ce que j'ai déjà dit à propos de l'impétigo, et affirmant que, dans la plupart des cas, il est impossible de dire où finit le pityriasis et où commence l'eczéma, je vais néanmoins décrire ici le pityriasis, envisagé comme forme morbide nosologique et en dehors de toute question de doctrine.

Comme je le disais tout à l'heure, le pityriasis est une affection cutanée caractérisée par des plaques plus ou moins étendues, bien ou mal circonscrites, recouvertes de squames minces et non imbriquées, susceptibles de se détacher sous forme de lamelles et de se reproduire incessamment. Cette définition générale s'applique à toutes les variétés du pityriasis; mais, avant d'aller plus loin, je dois prévenir que, sous le nom commun de pityriasis, on a confondu et on comprend aujourd'hui encore deux affections bien différentes, l'une se rapportant aux maladies dites herpétiques et prenant place à côté de l'eczéma, l'autre de nature toute spéciale, caractérisée par la présence d'un végétal parasite et rentrant dans la classe des maladies parasitaires; cette dernière espèce est connue sous le nom de *pityriasis versicolor;* je m'en suis occupé à propos des éruptions parasitaires (voy. p. 419).

Considéré d'une manière générale, le pityriasis herpétique débute habituellement par une sécheresse particulière de la peau; cette membrane perd sa souplesse et son onctuosité normales, puis, sur la partie ainsi desséchée, apparaissent des squames fines, blanches ou grises, se détachant spontanément ou sous l'influence d'un frottement, et se reproduisant d'une manière incessante. Sur ces parties malades, la peau est sèche, il n'y a pas de suintement. Les écailles épidermiques sont ordinairement fines et farineuses; quelquefois elles ont une di-

mension un peu plus grande, elles sont lamelleuses, mais jamais leur étendue ne dépasse quatre à dix millimètres. Le plus souvent, la peau ne présente aucun changement de coloration; quelquefois cependant la partie malade est rose ou rouge à côté et au-dessous des squames blanches ou grises. Il n'y a d'ailleurs aucune tuméfaction, ou elle est si peu prononcée, qu'il faut une grande attention pour la constater.

Quant aux symptômes éprouvés par le malade, ils consistent surtout dans des démangeaisons souvent assez vives pour provoquer du grattage, et c'est surtout sous l'influence du frottement consécutif au prurit que se détachent les squames épidermiques; la partie malade est également le siège d'un sentiment de chaleur plus ou moins vive. Bien rarement, on constate l'existence de phénomènes généraux; il n'y a pas de fièvre, ou, s'il survient un mouvement fébrile, il n'est pas de longue durée, et habituellement la santé générale n'est pas altérée; on peut cependant rencontrer quelquefois avec le pityriasis quelques troubles digestifs, soit de l'embarras gastrique, soit de la gastralgie ou quelques-unes des formes de la dyspepsie.

Variétés. — Les dermatologistes ont admis plusieurs variétés, lesquelles diffèrent de nombre, de dénomination, et même de description suivant chaque auteur; je crois inutile de les rappeler et de les discuter. Je pense être dans l'exacte observation des faits en rangeant les variétés légitimes de pityriasis sous quatre espèces différentes, qui sont : 1° le pityriasis *blanc* ou *simple;* 2° le pityriasis *rouge;* 3° le pityriasis *disséminé;* 4° le pityriasis *pilaire.* Je vais indiquer rapidement les particularités propres à chacune de ces formes.

1° *Pityriasis blanc ou simple.* — Cette forme est la plus commune et elle constitue le vrai type du genre; Willan, Bateman et même Cazenave l'ont décrite sous le nom de

pityriasis capitis, et à tort, car si cette maladie est commune au cuir chevelu, elle peut se développer sur d'autres régions. Dans son degré le plus léger, cette éruption apparaît sous forme de taches peu étendues, irrégulièrement arrondies, de couleur blanche ou grise, très légèrement saillantes et recouvertes de ces petites écailles épidermiques qui se détachent sous forme de lamelles, soit spontanément, soit par l'effet du grattage. Chez les enfants, le pityriasis blanc se manifeste souvent au visage sous cette forme de petites plaques farineuses qu'on désigne vulgairement sous le nom de *dartres farineuses ;* il coïncide souvent avec le travail de la dentition. La chaleur et la démangeaison n'existent qu'à un degré très modéré ; souvent même on ne constate la présence d'aucun phénomène subjectif.

Le pityriasis blanc peut avoir une étendue et une intensité plus considérables ; il peut se développer sur toutes les régions, mais il est plus commun au visage, et surtout au cuir chevelu, d'où le nom de pityriasis de la tête, que j'indiquais tout à l'heure ; chez les hommes, on le rencontre assez souvent sur les parties du visage recouvertes par la barbe. Sur les endroits où il existe, on voit des lamelles épidermiques de petite dimension, blanches ou grises, à moitié détachées, et qui tombent facilement sous forme d'une poussière dont une partie est adhérente aux cheveux, tandis que l'autre recouvre les habits comme le ferait la farine ou la poudre dont on se sert pour les coiffures. La présence de ces squames est souvent accompagnée de démangeaisons, et c'est en se grattant que les malades détachent les squames et les font tomber sur les vêtements et sur les meubles. J'ajoute que, sous l'influence de cette affection squameuse, il n'est pas rare de voir tomber les cheveux ; si la maladie n'est pas de longue durée, les cheveux repoussent ; mais, lorsqu'elle s'établit d'une manière chronique, l'alopécie

peut être définitive, et on doit considérer le pityriasis de la tête comme une des causes de la calvitie précoce.

Quelquefois les squames du pityriasis de la tête ont des dimensions plus considérables que celles que je viens d'indiquer : elles sont lamelleuses et ont l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Cette forme, qu'on a désignée sous le nom de *pityriasis lamelleux*, débute souvent par une rougeur de la peau, puis l'épiderme se fendille et se divise en lamelles à moitié détachées et enroulées sur leurs bords. Ordinairement il y a de la douleur, de la chaleur; les cheveux deviennent secs, minces, cassants, et tombent facilement. C'est là une transition entre le pityriasis blanc et le pityriasis rouge ; et comme cette desquamation est souvent précédée par une éruption vésico-purulente et par une sécrétion humide, il est impossible, dans ces cas, de séparer nettement le pityriasis de l'eczéma.

2° *Pityriasis rouge.* — Cette variété est constituée par l'existence sur la peau de taches rouges, roses ou brunes, bien délimitées, de forme arrondie ou irrégulière, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine ou réunies en groupes par la fusion d'un des points de leur circonférence, et figurant assez bien des dessins semblables à ceux qu'on trouve sur les cartes de géographie. Ces taches, légèrement saillantes, sans aucune humidité, sont recouvertes de squames épidermiques grisâtres, ordinairement adhérentes, et qu'on n'enlève sous forme de lamelles qu'au moyen d'un frottement assez fort. Ces squames sont minces, foliacées, et ne présenent jamais la disposition imbriquée et superposée qu'on rencontre dans le psoriasis.

Le pityriasis rouge se développe particulièrement à la face, au cou, à la région présternale, dans le dos, aux mains et aux pieds ; il s'accompagne de chaleur et de prurit; chez les sujets impressionnables, il peut exister

au début un léger mouvement fébrile qui disparaît facilement. Comme coïncidence assez fréquente, on constate des douleurs d'estomac, de la flatulence, de la dyspepsie.

Le pityriasis rouge revêt souvent la forme aiguë et se termine dans l'espace de quatre à huit semaines; mais, d'autres fois, la maladie persiste ou se renouvelle par éruptions successives, et la disparition complète n'a lieu qu'au bout de plusieurs mois.

Cette éruption, que je viens de décrire sous le nom de pityriasis rouge, se confond complètement avec l'eczéma sec; il m'est impossible de saisir aucune différence entre les deux états morbides désignés sous ces deux dénominations : pour moi c'est une seule et même affection, à laquelle on peut appliquer indifféremment l'un ou l'autre nom. Mais ce que je dis ici ne s'applique pas à la maladie décrite par Devergie sous le titre de *pityriasis rubra*, et caractérisée par des plaques rouges, d'une étendue assez considérable, sur lesquelles suinte un liquide peu abondant, qui empèse légèrement le linge, et qui se recouvrent plus tard de squames s'enroulant sur leurs bords et tombant en se renouvelant incessamment. Dans ces cas, on voit la peau s'épaissir, l'épiderme se rider et le tissu cellulaire sous-cutané se tuméfier légèrement. Dans d'autres circonstances, la rougeur s'étend avec une telle rapidité qu'en peu de jours elle peut envahir la totalité de l'enveloppe cutanée; alors les squames sont larges, foliacées, et, dans les deux observations qu'il rapporte, Devergie a constaté l'apparition de bulles pemphigoïdes. Il est évident que, dans cette description, il ne s'agit pas d'un véritable pityriasis, mais bien, soit d'un eczéma, lorsqu'on rencontre des plaques rouges, résistantes, avec épaississement de la peau et infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, soit d'un pemphigus, lorsqu'à la rougeur et aux squames foliacées viennent se joindre des bulles, soit surtout d'une dermite exfolia-

trice, maladie qui n'était pas connue au moment où Devergie donnait la description de son *pityriasis rubra.*

Hébra, qui confond complètement le pityriasis avec l'eczéma décrit cependant, sous le nom de *pityriasis rubra universalis*, une affection cutanée caractérisée par une rougeur vive de la peau et par une desquamation lamelleuse incessante. Il est facile de reconnaître dans cette maladie grave, qui se termine habituellement par la mort, la dermite exfoliatrice dont je viens de parler.

3° *Pityriasis disséminé.* — Cette affection, désignée par certains auteurs sous le nom de *pityriasis rubra* généralisé, a été décrite par Bazin sous le nom de *pityriasis pseudo-exanthématique*, avec l'indication de deux variétés : l'une, *pityriasis maculeux*, l'autre, *pityriasis circiné;* moi-même je l'ai mentionnée, dans mes leçons sur les maladies de la peau, sous la dénomination de pityriasis circiné, à cause de la forme habituellement arrondie des taches; je crois préférable de lui donner le nom de pityriasis disséminé, en considérant l'étendue de l'affection distribuée dans plusieurs régions, alors que dans les autres formes du pityriasis l'éruption est circonscrite et bien délimitée. Le pityriasis disséminé est caractérisé par le développement d'une quantité considérable de petits disques irrégulièrement arrondis ou ovalaires, d'une couleur rose ou grise, et recouverts par de petites squames épidermiques. Ces disques sont ordinairement assez rapprochés, quelques-uns même se touchent par leurs bords, très légèrement saillants. L'éruption est sèche et éminemment squameuse; j'ai rencontré cependant quelquefois quelques vésicules mêlées aux écailles épidermiques, et j'ai constaté sur quelques plaques une légère sécrétion séreuse se convertissant en croûtes très superficielles. Au début de la maladie, la couleur rosée est assez accentuée; mais elle s'affaiblit graduellement, de

manière à passer au gris, et, après quelques semaines, la maladie n'est plus caractérisée que par des taches formées par des squames épidermiques grisâtres, toujours groupées de manière à figurer des dessins arrondis ou irréguliers, mais bien délimités. Ces squames minces, foliacées, d'une petite étendue, sont assez adhérentes; au début, elles sont assez nombreuses; plus tard, les lamelles épidermiques deviennent plus rares, et, à la fin, la maladie n'est plus caractérisée que par des taches grises à peine sqameuses. Dans le commencement de la maladie, il y a quelquefois quelques douleurs erratiques dans les membres, un sentiment de courbature générale, une diminution de l'appétit et un léger mouvement de fièvre. Les malades ressentent également des démangeaisons, des cuissons, de la chaleur, et même parfois des élancements dans les parties du corps recouvertes par l'éruption.

Le pityriasis circiné se développe principalement au tronc et à la partie supérieure des membres; il est bien rare qu'on en rencontre au visage, aux pieds et aux mains. La maladie se comporte ordinairement comme une affection aiguë; sa durée est de trois à huit semaines; il n'est pas rare cependant de voir des pityriasis disséminés se prolonger pendant trois mois, six mois et même davantage.

4° *Pityriasis pilaire.* — On désigne sous ce nom une affection de la peau caractérisée par l'existence d'une multitude de petites aspérités donnant à la région atteinte l'aspect exagéré de ce qu'on appelle vulgairement *chair de poule.* Dans cette maladie, qui siège principalement au dos des mains, à la face dorsale des pieds, quelquefois même sur les membres, rarement sur le tronc, la peau est dure, rugueuse, hérissée de petites saillies dues à l'existence de squames qui coiffent l'orifice des follicules pileux et qui entourent le collet du poil; dans les endroits

où existent ces squames, la peau est souvent rouge ou brune.

Le pityriasis pilaire est rare. Devergie en cite trois observations; pour ma part, j'en ai rencontré cinq ou six exemples. C'est du reste une maladie de longue durée et le plus souvent incurable. Cette résistance aux moyens thérapeutiques, l'association de cette forme de pityriasis avec une sécheresse particulière de la peau à la paume des mains et à la plante des pieds, m'ont engagé à la séparer du genre pityriasis et à la rattacher à l'ichthyose et principalement à l'ichthyose cornée, en la considérant comme une véritable difformité de la peau.

Marche. — Il faut bien savoir que le pityriasis, tel que nous l'avons décrit, principalement dans les variétés de pityriasis blanc ou rouge, débute souvent par une éruption eczémateuse; les caractères de l'affection squameuse n'apparaissent que plus tard; de même qu'il n'est pas rare de voir un suintement eczémateux, susceptible de se convertir en croûtes, venir remplacer la sécrétion sèche du pityriasis. Quelquefois cependant la sécheresse de la peau est permanente et le pityriasis existe seul sans mélange; c'est ce qu'on voit surtout dans les cas de pityriasis disséminé qui semble bien former un type morbide distinct.

Une fois développé, le pityriasis a une durée variable, mais souvent assez longue; le pityriasis de la barbe et du cuir chevelu se prolonge souvent pendant des mois et des années, et, s'il cède à un traitement approprié, les récidives sont faciles et habituelles. Le pityriasis rouge est souvent également tenace, il récidive facilement sous l'influence de la moindre cause, et principalement à la suite d'écarts de régime.

Diagnostic. — La sécheresse de la peau, avec ou sans coloration rouge, la présence des squames épidermiques, minces, foliacées ou pulvérulentes, l'existence habituelle

de chaleur et de prurit, l'absence ou le peu d'intensité des phénomènes généraux caractérisent suffisamment le pityriasis pour que cette maladie puisse être reconnue facilement et pour qu'elle puisse être distinguée des autres affections de la peau dans lesquelles on rencontre des squames. C'est ainsi qu'on établira facilement la différence entre la maladie qui nous occupe et le psoriasis, cette dernière affection présentant des plaques squameuses, argentines, saillantes, imbriquées, et reposant sur des taches d'une coloration brun foncé; dans les cas douteux, l'adhérence des squames, la saillie plus marquée des plaques, leur délimitation bien plus précise, leur siège d'élection aux membres et particulièrement aux coudes et au-dessous de la saillie rotulienne, l'existence d'autres taches éruptives mieux caractérisées sont des caractères qui serviront à faire reconnaître le psoriasis.

L'ichthyose se reconnaît ordinairement très facilement à la sécheresse de la peau et à l'existence d'écailles épidermiques adhérentes, à l'étendue et à la permanence de l'altération cutanée, aussi bien qu'à l'absence de tout symptôme local ou général. Toutefois, dans l'ichthyose locale, la difformité de la peau ressemble tellement au pityriasis par la couleur, par la sécheresse et la desquamation de la peau, que le plus ordinairement on croit à l'existence du pityriasis et que l'erreur dans le diagnostic entraîne une erreur dans le pronostic et dans le traitement, l'ichthyose, même localisée, étant incurable, et ne devant indiquer qu'un traitement local palliatif. Cette confusion est d'autant plus commune et plus facile que l'ichthyose localisée se rencontre fréquemment aux régions où se développe souvent le pityriasis, savoir, au cuir chevelu, aux sourcils, au visage et principalement aux joues. Dans ces circonstances, on reconnaîtra l'ichthyose à l'ancienneté et à la ténacité des taches squameuses, à la rou-

geur plus prononcée, à la délimitation bien marquée de la lésion et surtout à la disposition symétrique absolue qui existe des deux côtés du corps, relativement au siège et à l'étendue des taches. J'ai déjà dit que la maladie décrite sous le nom de *pityriasis pilaire* n'était qu'une variété d'ichthyose cornée, je n'y reviendrai pas.

Il est plus difficile d'établir la distinction entre le pityriasis et l'eczéma; pour ma part, je l'ai répété plusieurs fois, je ne connais pas les limites précises qui existent entre ces deux maladies; quoique dénommées différemment, elles ne sont que des degrés d'une seule et même affection, et je ne vois aucune différence entre l'eczéma sec et le pityriasis; aussi, sans entreprendre un diagnostic différentiel impossible à établir d'une manière absolue, je dirai que l'eczéma est caractérisé par une sécrétion séro-purulente et par des croûtes, tandis qu'on réserve le nom de pityriasis à la même affection dans laquelle la peau est toujours sèche et couverte de squames fines et non superposées.

Le pityriasis a été souvent confondu avec le pemphigus foliacé; j'ai eu occasion de signaler l'opinion de Devergie et d'Hébra, qui ont décrit sous le nom de *pityriasis rubra*, une affection grave et étendue qui appartient souvent au pemphigus foliacé; l'étendue, souvent même l'universalité de l'affection, sa gravité, la largeur des squames, la rougeur vive et l'humidité de la peau sont des signes à l'aide desquels on devra distinguer le pemphigus foliacé du pityriasis; l'apparition de quelques bulles, qui a lieu quelquefois, vient beaucoup aider au diagnostic.

De même, la rougeur de la peau, l'infiltration sous-cutanée, l'étendue de l'affection squameuse, l'abondance et la largeur des squames, la longue durée de la maladie feront distinguer la dermite exfoliatrice du pityriasis.

Dans les cas de pityriasis disséminé, alors que la maladie est caractérisée par des plaques en cercles dont les

bords sont bien délimités, il est important de distinguer l'affection pityriasique de la trichophytie circinée (herpès circiné), maladie parasitaire causée par la présence du trichophyton dans les lames de l'épiderme. Ce diagnostic est ordinairement facile en raison du siège, du nombre et de la petite dimension des plaques de pityriasis qu'on rencontre surtout sur le tronc et sur la partie supérieure des membres; elles sont groupées sous forme de petites taches nombreuses, d'une forme arrondie un peu irrégulière et d'une médiocre étendue, tandis que les plaques de trichophytie se rencontrent principalement sur les parties découvertes, au visage, au cou, aux avant-bras ou au dos des mains; ces plaques, peu nombreuses, isolées, sont constituées par des cercles réguliers, qui s'agrandissent rapidement, le centre se guérissant et la circonférence squameuse envahissant les surfaces voisines, de telle sorte qu'en quelques jours les plaques ont acquis des dimensions doubles et triples de leur étendue première. J'ajouterai encore que, sur le liséré saillant et squameux qui forme la circonférence des plaques parasitaires, on peut quelquefois reconnaître l'existence de quelques vésicules ou de quelques pustules, qu'on retrouve bien plus rarement dans le pityriasis. Enfin, au milieu des squames, ou mieux, sur quelques poils follets, un examen microscopique pourrait faire reconnaître la présence des spores de trichophyton.

Il est encore une affection qu'on peut confondre avec le pityriasis circonscrit, c'est la scrofulide érythémato-squameuse, caractérisée par des taches rouges squameuses, d'une bénignité apparente. La saillie de la plaque, sa couleur violacée, l'adhérence des squames, la longue durée de la maladie qui se prolonge sans changement pendant des années, la guérison avec une cicatrice indélébile, la concomitance de quelque autre manifestation actuelle ou ancienne de scrofule sont les caractères

principaux qui appartiennent à la scrofulide, et qui la distinguent du pityriasis.

Pronostic. — Les diverses variétés du pityriasis sont des affections dénuées de gravité, et qui constituent seulement des lésions incommodes pour les malades, à cause des démangeaisons qu'elles entraînent et souvent aussi parce qu'elles se développent sur des parties découvertes, et que les squames sont apparentes. J'ajouterai que le pityriasis du cuir chevelu est souvent très tenace, et que, lorsqu'il se prolonge longtemps, ou lorsqu'il se reproduit fréquemment, il peut être une cause de calvitie, principalement chez les sujets goutteux.

Étiologie. — Le pityriasis se développe à tous les âges; les plaques du pityriasis blanc simple sont communes chez les enfants, principalement au moment de la première et de la seconde dentition; le pityriasis disséminé est observé principalement chez les jeunes gens et dans l'âge adulte; il paraît plus commun au printemps et pendant l'été que pendant les saisons froides. Le pityriasis rouge circonscrit se rencontre plus fréquemment chez les adultes et chez les gens d'un certain âge; il est quelquefois associé à des névralgies, à des troubles gastriques ou à des manifestations goutteuses; ce qui a fait dire à Bazin que cette affection était ordinairement de nature arthritique.

Comme l'eczéma, le pityriasis peut se développer sous l'influence de l'hérédité; il est quelquefois le résultat d'une alimentation trop stimulante, de fatigues et particulièrement de veilles, quelquefois d'émotions vives. Plus rarement, il survient à la suite d'une irritation accidentelle de la peau par des frictions rudes ou par l'application de quelques substances irritantes.

Anatomie pathologique. — Il n'y a pas à faire d'anatomie pathologique ni d'histologie à propos du pityriasis, c'est une lésion très superficielle de la peau, caractérisée

par une production surabondante d'épiderme et par une évolution trop rapide des cellules du corps muqueux, lesquelles s'atrophient, meurent avant que l'épiderme ait acquis toute sa solidité et entraînent sa chute sous forme de squames. Dans le pityriasis pilaire, les couches d'épiderme corné sont sécrétées dans la gaine du poil et s'accumulent autour de sa tige. Plus tard, le poil est rompu par cette production cornée, et il ne reste plus que la saillie rugueuse, formée par l'épiderme.

En 1874, Malassez a trouvé, dans les squames épidermiques provenant du pityriasis de la tête, un parasite siégeant dans la couche cornée de l'épiderme et constitué uniquement par des spores, allongées et bourgeonnantes, d'un très petit diamètre (de 5 à 2 μ); l'auteur de cette découverte fait jouer à ce parasite un rôle important dans la production de l'alopécie, qui accompagne et suit certains pityriasis rebelles. Sans vouloir contester les résultats des recherches de Malassez, je n'attribue au parasite du pityriasis qu'une importance secondaire; il me paraît plutôt une conséquence accidentelle que la cause de la maladie, et sa fréquence ne me suffit pas pour faire ranger le pityriasis de la tête, maladie non contagieuse, parmi les affections primitivement parasitaires.

Nature. — L'étiologie du pityriasis, qui est la même que celle de l'eczéma, la ressemblance avec cette dernière maladie, le siège superficiel de l'éruption, la facilité des récidives, la guérison obtenue à l'aide des moyens de traitement qui réussissent habituellement dans l'eczéma, portent à penser que le pityriasis est une maladie de même nature que l'eczéma et qu'il se manifeste sous l'influence d'une même disposition constitutionnelle. Aussi je ne fais pas difficulté de ranger le pityriasis parmi les éruptions dites dartreuses ou herpétiques, dont il me paraît être l'expression la plus affaiblie.

Traitement. — La thérapeutique du pityriasis com-

prend l'emploi des modificateurs généraux et celui des moyens locaux appliqués topiquement pour combattre le pityriasis; ces derniers suffisent quelquefois pour rendre à la peau son aspect normal; leur utilité est incontestable, mais je crois à l'efficacité et même à la nécessité habituelle d'un traitement général pour accélérer la guérison, et surtout pour prévenir les récidives trop promptes.

Au premier rang des médicaments internes indiqués dans le traitement du pityriasis, je placerai les préparations alcalines et principalement le bicarbonate de soude. Dans le pityriasis rouge, qui est observé souvent chez les sujets goutteux, dans le pityriasis disséminé, les alcalins sont très utiles; ils donnent également de bons résultats, mais à un moindre degré, dans le pityriasis simple et particulièrement dans le pityriasis de la barbe et du cuir chevelu. On a conseillé également avec raison l'emploi des sels arsenicaux : l'arséniate de soude est administré avec avantage, mais je le prescris souvent après les alcalins, lorsque la maladie a résisté, et, dans ce cas, j'associe le bicarbonate de soude à l'arséniate de soude, en donnant chaque jour, avant le déjeuner et le dîner, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau distillée.....	300 grammes
Bicarbonate de soude.....	20 —
Arséniate de soude.....	0gr,10

Chez les sujets lymphatiques, dans les cas de pityriasis rouges tenaces, fixés aux aisselles, aux aines, au cou, je me suis trouvé assez bien de l'emploi de l'arséniate de fer, en pilules, à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour. Le soufre et les préparations sulfureuses sont indiqués dans le traitement du pityriasis, principalement lorsqu'il s'agit du pityriasis de la barbe et du cuir chevelu; j'ai obtenu des succès, dans ces cas, de l'administration des fleurs de soufre à la dose quotidienne de un à deux

grammes ou du sirop sulfureux de Crosnier; ce sont de bons moyens à employer contre les pityriasis succédant à l'eczéma. On a encore conseillé les amers et les reconstituants; leur emploi peut être utile chez les individus lymphatiques ou scrofuleux. Lorsque le pityriasis survient chez les enfants sous la forme de dartre farineuse, on peut employer avec avantage le sirop antiscorbutique, le phosphate de chaux ou l'huile de foie de morue.

Je dois à peine mentionner l'usage des purgatifs, qui n'ont qu'une action bien faible sur la guérison du pityriasis; ils ne peuvent être indiqués qu'au début de la maladie, lorsque existent quelques phénomènes généraux ou quelques signes d'embarras gastrique.

Au traitement général que je viens d'indiquer, on doit, d'ailleurs, ajouter des moyens topiques dont l'utilité est évidente; au début, principalement dans le pityriasis rouge, lorsqu'on constate quelques phénomènes d'inflammation cutanée, on doit avoir recours aux lotions émollientes, avec des décoctions de laitue ou de guimauve, avec des infusions légèrement astringentes de tiges de mélilot ou de fleurs de sureau, et aux grands bains tièdes rendus émollients par l'addition de son ou d'amidon; mais plus tard, ou même dès le commencement de la maladie, lorsqu'il n'y a pas de signes d'inflammation, on aura recours à l'application de topiques résolutifs ou astringents, et aux bains alcalins et sulfureux. Les lotions qui réussissent le mieux sont celles faites avec de l'eau blanche très peu chargée d'acétate de plomb, avec une solution très légère de sulfure de potassium, avec de l'eau phagédénique coupée avec beaucoup d'eau tiède, avec une solution très faible de sublimé, au millième au plus. Les pommades, qui restent plus longtemps en contact avec la peau, sont plus utiles encore que les liquides, et sont très souvent employées dans le traitement du pityriasis simple et du pityriasis rouge, et même à la fin du pity-

riasis disséminé, alors que les taches tardent trop à disparaître sous l'influence de la médication alcaline et arsenicale. Les pommades qu'on devra employer sont, au début, celles à base d'oxyde de zinc, au trentième ou au quinzième; plus tard, les pommades au goudron, à l'huile de cade au vingtième ou au dixième, au calomel au centième ou au cinquantième, à l'onguent citrin mélangé avec dix parties d'axonge ou de cold-cream. Aux lotions et aux pommades, on doit ajouter l'emploi des bains, qui seront émollients, alcalins ou sulfureux, suivant le degré d'inflammation cutanée. Dans le pityriasis pilaire des extrémités, que je considère comme une ichthyose locale, le traitement général n'a aucune action; il ne faut employer que des bains savonneux, alcalins ou sulfureux, et que des pommades contenant une dose assez forte de substances actives et particulièrement l'huile de cade mêlée à trois ou quatre parties d'huile ou d'axonge. Comme on l'a déjà dit, le traitement est alors simplement palliatif.

Je ne dois pas négliger de dire que dans le traitement du pityriasis, comme dans celui de l'eczéma, les moyens hygiéniques sont indispensables pour aider l'action des remèdes internes et externes. Les malades devront s'abstenir de tous les aliments stimulants, tels que les poissons, les coquillages, les préparations de porc, le gibier, les salaisons, les mets épicés, le vin pur, le café, les liqueurs alcooliques. Ils devront éviter toute cause de fatigue, tout excès et particulièrement les veilles.

Enfin, dans les cas de pityriasis rebelles ou récidivants, on pourra avoir recours, avec avantage, aux eaux minérales prises en boissons, en bains et même en douches d'eau pulvérisée projetées sur les régions malades. Les eaux les mieux indiquées sont les eaux alcalines et les eaux sulfureuses : les eaux de Plombières, de Royat, sont souvent très efficaces contre les pityriasis développés

chez des individus soupçonnés de goutte; les eaux sulfureuses de Schinznach, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, de Saint-Honoré, sont mieux indiquées chez les individus lymphatiques ou scrofuleux; celles de Saint-Gervais réussissent très bien dans le pityriasis simple, dans le pityriasis rouge et dans les cas où l'affection squameuse a été précédée d'eczéma, ou bien encore chez les malades dont la peau est irritée facilement par l'action des topiques, même peu énergiques. Comme pour les eczémateux, l'air de la mer est mauvais aux personnes atteintes de pityriasis; il détermine souvent chez elles des phénomènes d'inflammation cutanée, et sous son influence j'ai vu plusieurs fois le pityriasis se transformer en eczéma.

4° Lichen.

Le mot *lichen* est très ancien en médecine; il a été employé par les médecins de l'antiquité pour désigner des maladies de la peau assez mal déterminées, mais ayant pour caractère principal de rendre la peau sèche et rugueuse, de manière à la faire ressembler aux lichens qui recouvrent l'écorce de certains arbres. Les affections lichénoïdes auraient donc été, pour les anciens, des éruptions à forme sèche, tandis que les affections impétigineuses auraient eu pour caractère principal le suintement humide et l'ulcération. Néanmoins il reste beaucoup de vague sur la véritable définition du lichen, tel que l'entendaient les premiers médecins et même les auteurs plus modernes des siècles derniers; et il faut arriver jusqu'à Willan, pour trouver le mot de lichen appliqué à une affection morbide bien déterminée. Willan et Bateman ont en effet appelé lichen une maladie caractérisée par une *éruption de papules rouges, quelquefois distinctes, quelquefois en groupes, accompagnée*

d'une sensation pénible de douleur et de piqûre, et habituellement terminée par desquamation ; maladie récidivante, mais non contagieuse. Cette définition du lichen, donnée par Bateman (1), est à peu près acceptée par tout le monde aujourd'hui, et on a l'habitude de considérer le lichen comme une maladie cutanée, constituée par une éruption de petites papules, agminées de manière à se confondre et à former plus tard une plaque sèche et rugueuse. Bazin a employé des termes presque identiques, puisqu'il admettait que le lichen est une affection cutanée, caractérisée dans sa période d'état par la présence de papules nombreuses, agglomérées ou discrètes, envahissant une surface plus ou moins étendue, et s'accompagnant à une certaine période de leur existence d'une hypertrophie des papilles, avec exagération des plis naturels de la peau. Pour ma part, je ne saurais accepter sans certaines réserves ces définitions classiques, qui font supposer que le lichen commence toujours par une éruption de papules : ce qui caractérise plus spécialement le lichen dans sa période d'état, c'est un état d'épaississement et de sécheresse de la peau avec exagération des plis naturels ; et si cet état lichénoïde par excellence survient quelquefois après une éruption papuleuse, il est rencontré au moins aussi souvent dans des affections cutanées présentant pour lésion initiale, soit des vésicules eczémateuses, soit des pustules d'impétigo, soit même de simples fissures épidermiques. Aussi, pour rester fidèle aux résultats de l'observation clinique, je crois devoir définir le lichen, une affection cutanée, caractérisée, soit par une éruption de petites papules agminées en groupes, soit par la sécheresse, la rugosité, l'épaississement de la peau et l'exagération de ses plis, dans une étendue plus ou moins considérable.

(1) Bateman, *A practical Synopsis of cutaneous Diseases.* London, 1829.

Ces deux aspects différents du lichen, représentant le début et la période d'état de la maladie, me semblent nécessaires à indiquer dans la définition, car l'affection peut se borner à une éruption papuleuse, sans épaississement de la peau, et, d'autre part, la dureté, la sécheresse et l'épaississement de la peau peuvent, comme je le disais tout à l'heure, ne pas être précédés par l'éruption papuleuse.

Dans leur classification anatomo-pathologique, Willan et Bateman ont naturellement placé le lichen dans l'ordre des affections papuleuses de la peau; ils ont été imités par les auteurs qui ont adopté la même base de classification des maladies cutanées, Biett, Gibert (1), Cazenave (2), Devergie (3). Le lichen avait été placé par Alibert dans le groupe des dermatoses scabieuses, et n'avait été considéré que comme une espèce du genre prurigo, espèce désignée sous les noms de *prurigo lichénoïde* ou *furfurant* (4). Il n'est pas besoin de discuter cette place donnée au lichen dans un groupe aussi peu naturel que celui des affections scabieuses, ni d'insister sur la différence radicale qui existe entre le prurigo et le lichen; l'erreur d'Alibert est complète sous tous les rapports, et je ne signale ici la place nosologique donnée par cet auteur au lichen qu'au point de vue historique. Gintrac (de Bordeaux) a scindé le lichen en deux variétés ; il a placé la première, se rapportant au lichen aigu et au strophulus de la première enfance, dans la classe des fièvres éruptives et des exanthèmes aigus ; et il a fait rentrer le lichen chronique dans la classe des herpétides, à côté de l'urticaire et du prurigo. Pour Bazin, le lichen envisagé comme affection générique, indépen-

(1) Gibert, *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris, 1865.
(2) Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies.*
(3) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris, 1865.
(4) Alibert, *Traité des dermatoses.* Paris, 1832.

damment de sa nature et de ses causes, est une affection papuleuse, voisine du strophulus et du prurigo ; mais considéré comme affection spéciale, il se divise et se subdivise en un grand nombre de variétés, suivant sa cause réelle ou supposée ; c'est ainsi que, pour Bazin, il existe d'abord deux grandes classes de lichens, une de cause externe, l'autre de cause interne. Le lichen de cause externe est artificiel ou parasitaire ; quant au lichen de cause interne, il est toujours symptomatique des quatre grandes maladies constitutionnelles, la scrofule, la dartre, l'arthritis et la syphilis. Ce n'est pas le lieu de discuter ces divisions du lichen admises par Bazin, lesquelles se rapportent à sa méthode de classification générale des maladies de la peau ; je crois devoir cependant faire remarquer que le véritable lichen, dit de cause externe, ne survient pas par le seul fait d'une irritation habituelle ou accidentelle de la peau par des agents nuisibles ; cette irritation ne donne lieu à une éruption lichénoïde que si le sujet, sur lequel elle se développe, y est préparé par une disposition spéciale, par une cause interne diathésique. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de lichen de cause externe. Je n'admets pas davantage l'influence seule de la scrofule et de l'arthritis ; d'un autre côté, l'éruption papuleuse de nature syphilitique présente un aspect et une marche si différents du lichen, que c'est bien à tort qu'on lui donnerait ce nom, et qu'il est bien préférable de la désigner par la dénomination spéciale de syphilide papuleuse, ce qui d'ailleurs se trouve dans l'usage et dans le langage habituel de tous les médecins.

En opposition avec ces règles de classification, et en m'appuyant sur les caractères tirés de la marche habituelle, du siège superficiel, de la guérison sans cicatrices, des récidives fréquentes, de la transmission héréditaire du lichen, de l'existence et de l'intensité des

démangeaisons qui accompagnent l'éruption, je ne fais pas difficulté de reconnaître dans cette affection une cause diathésique spéciale, et de la ranger au nombre des éruptions dartreuses ou herpétiques. Bien plus, en faisant remarquer que la maladie qui présente les caractères objectifs du lichen se développe très souvent simultanément avec l'eczéma, ou que ces deux affections se succèdent fréquemment chez le même sujet, qu'une éruption eczémateuse se termine fréquemment avec tous les signe du lichen, que d'autre part, une éruption lichénoïde et papuleuse au début, revêt souvent plus tard l'apparence de l'eczéma, je crois légitime l'opinion soutenue par Hébra (1), par Anderson, par Erasmus Wilson (2) et par moi (3), opinion qui considère le lichen comme n'étant qu'une forme, qu'une variété de l'eczéma.

Symptômes. — Le lichen se présente sous des formes assez variées qui ont servi de base à des divisions nosologiques; c'est ainsi que Willan et Bateman ont admis sept espèces de lichen : 1° le lichen simple; 2° le lichen pilaire; 3° le lichen circonscrit; 4° le lichen agrius; 5° le lichen livide; 6° le lichen tropical; 7° le lichen urticant. Je ne pense pas qu'on puisse conserver comme appartenant au genre lichen les deux dernières espèces, dont la sixième est un érythème causé par la chaleur, et la septième n'est qu'une variété de l'urticaire; quant aux cinq premières espèces, elles me paraissent véritablement légitimes, et nous les retrouverons dans la description que je vais donner; j'y ajouterai le lichen plan.

Lichen simple. — Dans la forme la plus simple (*lichen simplex* de Bateman), le lichen est constitué par une éruption de petites papules, d'une coloration rosée, rapprochées les unes des autres de manière à se confondre,

(1) Hébra, *Traité des maladies de la peau*, traduit par Doyon.
(2) Erasmus Wilson, *On Diseases of the Skin*, forth edition
(3) *Leçons sur les maladies dartreuses.*

tantôt rassemblées et formant des plaques d'une petite dimension, tantôt disséminées, plus éloignées les unes des autres et occupant des espaces plus étendus. Les papules sont quelquefois pâles et la coloration de la peau est à peine changée; l'éruption est alors surtout apparente par son relief, qui donne à la surface cutanée une apparence chagrinée; d'autres fois les papules sont plus foncées et, surtout dans leurs intervalles, la peau présente une coloration rosée très manifeste; dans ces cas, il existe aussi quelquefois une légère tuméfaction, due à l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané. Au premier moment, les papules sont entières, leur sommet acuminé est intact; mais, au bout de quelques jours, soit spontanément, soit plutôt par l'effet du grattage, le sommet de ces papules est excorié et il se recouvre d'une petite croûte d'une couleur grise ou jaune; ces croûtes peuvent même se réunir, de manière à former une concrétion assez sèche, qui recouvre la surface primitivement occupée par l'éruption papuleuse. Ces croûtes tombent ou sont enlevées artificiellement, et se renouvellent un certain nombre de fois; puis, après un temps très variable, les papules s'affaissent, elles sont remplacées par une légère desquamation, qui se prolonge plus ou moins longtemps, et enfin la peau reprend son aspect normal.

Dans une forme plus grave et plus longue, qui appartient néanmoins toujours au lichen simple, la maladie commence de même par une éruption de petites papules agminées, mais il existe un gonflement sous-cutané plus considérable; au bout d'un certain temps, les papules cessent d'être apparentes, et, à leur place, la peau reste gonflée et épaissie, sa surface est inégale, rugueuse; on y voit un nombre considérable de plis, et, dans les endroits mobiles, près des articulations, particulièrement aux environs des jointures des doigts, il existe des ger-

çures, des crevasses, qui pénètrent souvent jusqu'à la partie profonde du derme. Sur cette peau ainsi altérée, tantôt rouge, tantôt d'une coloration normale, il existe ordinairement une desquamation lamelleuse qui se renouvelle incessamment.

Dans la forme légère, ainsi que dans la forme plus grave, avec épaississement et sécheresse de la peau, on rencontre fréquemment, mêlées aux papules, des vésicules eczémateuses et même des pustules impétigineuses, dont les croûtes, plus humides et plus épaisses, se joignent aux croûtes sèches du lichen.

Avec ces caractères objectifs que je viens d'indiquer, il existe ordinairement dans les endroits malades une sensation de chaleur et de cuisson et une démangeaison souvent très vive, laquelle augmente par moments, et acquiert quelquefois une intensité très douloureuse; dans quelques cas, les parties malades sont le siège de picotements et de douleurs lancinantes. L'éruption peut être précédée ou accompagnée par quelques phénomènes généraux, tels qu'un sentiment de courbature; ces symptômes concomitants ne tardent pas d'ailleurs à se dissiper, et, malgré la persistance de l'affection cutanée, la santé générale se rétablit complètement.

Dans la forme simple à marche aiguë, l'éruption papuleuse est souvent disséminée et étendue à diverses régions, principalement aux parties externes des membres et à la face; d'autres fois elle est plus limitée, et elle se montre de préférence à la face, au cou, aux poignets, aux avant-bras, aux cuisses et aux mollets. Lorsque le lichen simple se développe aux membres, il apparaît ordinairement des deux côtés d'une manière à peu près symétrique.

La durée du lichen simple est très variable : la maladie peut disparaître au bout de deux ou trois septénaires; quelquefois elle se prolonge pendant plusieurs mois, sur-

tout lorsque la peau présente les altérations d'épaississement et de sécheresse que j'ai indiquées. Dans le cas de marche chronique, il est ordinaire d'observer de temps en temps des recrudescences aiguës, caractérisées par des éruptions papuleuses ou vésiculeuses et par une augmentation du gonflement et de la rougeur de la partie malade. Souvent aussi, l'éruption s'étend et change de place, soit en envahissant les parties voisines de la région affectée, soit en se développant sur des points plus éloignés.

Lichen pilaire. — Willan et Bateman ont décrit, sous le nom de *lichen pilaris*, une affection cutanée caractérisée par des saillies papuleuses, apparaissant au sommet des follicules pileux, maladie ayant habituellement une marche chronique, et se prolongeant pendant plusieurs années. On voit, en effet, quelquefois, sur divers endroits de l'enveloppe cutanée, des plaques rugueuses formées par la réunion de plusieurs petites papules traversées par un poil rudimentaire, et qui semblent véritablement formées par l'hypertrophie du follicule pileux; ces plaques ont l'aspect de la chair de poule. Comme dans le lichen simple, cette éruption est accompagnée de démangeaisons et de chaleur. On doit la distinguer de l'ichthyose pilaire, qui se rencontre principalement aux mains et aux pieds, et dans laquelle on constate une sécheresse particulière de la peau, devenue rugueuse et inégale (*cutis anserina*) avec coloration rouge ou brune. Cette ichthyose, difformité de la peau, diffère du véritable lichen pilaire par sa persistance indéfinie et par sa symétrie absolue des deux côtés du corps.

Lichen agrius. — La troisième espèce admise par Bateman, le *lichen agrius*, est caractérisée par l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux et par la ténacité de l'affection; c'est une forme grave. La maladie débute ordinairement par des taches rouges, sur lesquelles se

développent des papules entremêlées habituellement de vésicules d'eczéma et quelquefois de pustules d'impétigo; ce mélange de plusieurs lésions élémentaires est un des caractères du lichen agrius qu'on peut à bon droit rattacher à l'eczéma. Ces papules, ces vésicules et ces pustules s'excorient promptement, soit par l'évolution naturelle de la maladie, soit par le grattage auquel donne lieu une sensation très vive de démangeaison; et il se produit, sur les surfaces malades, des ulcérations, un suintement séro-purulent qui se concrète en formant une croûte grise ou brune, ordinairement assez sèche et peu épaisse. Autour de cette surface excoriée, la peau est rouge et présente quelques papules plus récentes, dont la présence permet d'établir le diagnostic de la maladie. En même temps que se développe cette éruption, il existe sur les surfaces malades un sentiment très prononcé de chaleur, de cuisson, et surtout de démangeaison; ce prurit très violent, et qui revient par accès, est l'occasion de grattages qui augmentent l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux. Au début, et quelquefois de temps en temps, dans le cours de la maladie, il y a de la fièvre et quelques symptômes généraux de malaise et de courbature; dans les cas où le lichen agrius est très étendu, il y a souvent de l'inappétence, quelquefois même de la diarrhée, le sommeil est troublé par les démangeaisons, et il résulte de cet ensemble morbide de la faiblesse musculaire et de l'amaigrissement.

Le lichen agrius se manifeste ordinairement sous forme de plaques assez larges, qui se développent simultanément ou successivement sur plusieurs parties du corps; on le rencontre principalement à la face antérieure ou interne des cuisses, sur les mollets, sur les bras ou les avant-bras, sur le dos des mains, sur les jarrets et sur la face. Comme dans la forme simple du lichen, les plaques sont ordinairement symétriques. La

maladie est quelquefois généralisée et peut recouvrir la plus grande partie du corps.

La marche de l'éruption dans le *lichen agrius* est intéressante à étudier. Après le développement des papules, des vésicules, et même des pustules initiales, surviennent l'excoriation et les croûtes, puis, au bout d'un certain temps, qui varie de quelques semaines à plusieurs mois, la sécrétion diminue, la croûte devient plus mince, et, en disparaissant un peu plus tard, elle laisse voir une surface rouge luisante, sur laquelle se forment facilement des gerçures épidermiques et des squames plus ou moins épaisses. C'est à ce moment aussi qu'on voit se développer sur les parties malades les lésions caractéristiques du lichen ancien : la peau, d'une coloration rouge, est plus épaisse, elle est inégale, rugueuse, légèrement squameuse; elle est parsemée de plis parallèles ou entrecroisés, qui ressemblent assez à ces hachures qui existent dans certains dessins et dans certaines gravures; sur le visage, ces rides nombreuses, apparentes surtout au front, aux tempes et aux joues, donnent aux personnes qui ont été atteintes de lichen, pendant un certain temps, une apparence de vieillesse anticipée qui persiste quelquefois très longtemps. Avant que la maladie arrive à cette période terminale, il survient souvent, sur les plaques sèches du lichen, des poussées aiguës vésiculeuses et plus souvent pustuleuses, qui ne durent que peu de jours, mais qui se reproduisent à plusieurs reprises jusqu'à la guérison définitive. Le lichen agrius est une maladie longue, qui se prolonge souvent pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années, avec des degrés alternatifs d'intensité. Les récidives sont fréquentes et presque inévitables.

Lichen circonscrit. — Dans le *lichen circonscrit*, les plaques sont d'une moindre étendue, elles sont mieux limitées et bien plus sèches que dans la forme précé-

dente. Cette espèce de lichen commence par une éruption de petites papules très rapprochées, qui se confondent et ne forment plus tard qu'une surface rugueuse, inégale, chagrinée et recouverte de squames. Dans cette forme, il y a rarement une sécrétion abondante, et, s'il survient quelques excoriations, elles ne sont recouvertes que par des croûtes minces, sèches et grises, qui ne tardent pas à tomber pour faire place à des écailles épidermiques assez épaisses; plus tard encore, les squames sont moins marquées et la maladie n'est plus constituée que par des plaques où la peau, sans coloration anormale, est sèche, épaissie, rugueuse et parsemée de rides entre-croisées. Pendant toute la durée de la maladie, outre l'éruption papuleuse et ses produits squameux ultérieurs, il peut survenir de temps en temps, sur les parties affectées, quelques vésicules ou quelques pustules, et des croûtes consécutives à l'excoriation de ces lésions. Les plaques du lichen circonscrit sont ordinairement arrondies, bien délimitées, leur centre est souvent moins altéré que la circonférence, et il en résulte une ressemblance assez grande avec les plaques du psoriasis et les cercles de l'herpès circiné.

Dans le lichen circonscrit, il existe ordinairement vers les parties malades, de la cuisson, de la chaleur et des démangeaisons; souvent les sensations morbides sont plutôt des picotements ou des élancements; ces symptômes, qui se manifestent surtout le soir et pendant la nuit, s'exaspèrent quelquefois au moment des changements de temps.

Le lichen circonscrit se développe principalement sur les membres, sur la face externe des poignets et des avant-bras, sur les jambes, sur la face externe des cuisses, sur les fesses, sur les reins. Il est rare au tronc et à la face. C'est une maladie longue, très rebelle; et vers sa terminaison, la peau prend quelquefois une teinte brune

qui peut même persister pendant plusieurs mois après la disparition de tout autre signe d'affection cutanée. Cette coloration brune est surtout rencontrée aux membres inférieurs.

Lichen lividus. — Willan et Batteman ont décrit, sous le nom de *lichen lividus*, une éruption papuleuse caractérisée par la coloration brune ou violette des papules et de la peau qui les supporte. Cette affection rare, qui se voit principalement aux extrémités inférieures, et qui se prolonge pendant plusieurs mois, paraît appartenir à la fois au lichen et au purpura. J'ai eu occasion d'observer quelques cas d'une éruption à coloration violacée, principalement caractérisée par des taches squameuses, un peu saillantes, d'une petite étendue, et qui ressemblaient assez à des plaques de psoriasis, mais qui en différaient par une coloration violacée très marquée. Cette maladie, que je n'ai rencontrée qu'aux membres inférieurs, a toujours été très rebelle ; je n'ai pas constaté un seul cas de guérison complète. Dans mes leçons cliniques, j'ai indiqué ces exemples, dans lesquels la lésion me paraît plutôt squameuse que papuleuse, comme appartenant à une variété de psoriasis, à laquelle j'ai proposé de donner le nom de *livide ;* je ne doute pas que ces cas ne rentrent dans la maladie dont Willan et Bateman donnent la description sous le nom de *lichen lividus.*

Lichen ruber ; lichen planus. — Dans mes leçons cliniques, j'avais cru devoir indiquer sous le nom de lichen invétéré une forme grave de lichen susceptible de se généraliser, caractérisée par un épaississement considérable de la peau et se terminant rarement par la guérison ; les cas indiqués sous les noms de lichen invétéré et même quelques autres de lichen lividus, rentrent certainement dans la maladie décrite par Hébra, sous le nom de *lichen rouge* (*lichen ruber*), et également dans celle indiquée par Erasmus Wilson et par Kaposi, sous le nom

de *lichen plan* (*lichen planus*), lesquelles ne sont probablement que des degrés d'une même affection; cette variété de lichen ayant pris droit de domicile dans la nosologie dermatologique, je crois devoir en présenter ici la description.

Sous le nom de *lichen ruber*, Hébra a indiqué le premier une maladie se distinguant par des papules, distinctes, acuminées, du volume d'un grain de millet, terminées à leur sommet par une squame épidermique; ces papules et les plaques résultant de leur réunion présentant invariablement une coloration rouge foncé intense. Pour Hébra, cette affection est une espèce nosologique spéciale, et il ne lui a donné le nom de lichen que par ce seul fait que sa lésion élémentaire est constituée par des papules.

D'après le même auteur, le lichen rouge présente trois périodes : dans la première, l'éruption consiste dans la présence des papules miliaires, rouges, distinctes, non excoriées et recouvertes d'un petit nombre de squames minces; elles restent ordinairement, au début, limitées à certaines régions et principalement aux jambes. Dans la seconde période, les papules se réunissent de manière à former des plaques rouges recouvertes de lamelles épidermiques minces, semblables à du papier gris. Ces plaques sont sèches, le grattage enlève les squames, amène des excoriations très superficielles et permet de constater la dilatation des follicules pileux. Enfin, dans la troisième période, les plaques se réunissent, la maladie se généralise et toute la surface cutanée peut être atteinte. La peau est alors rouge, rugueuse, écailleuse, et tellement infiltrée, qu'en la pinçant, on constate que son épaisseur est doublée. Au niveau des articulations, les mouvements sont gênés par l'induration cutanée; mais, néanmoins, comme ils s'exécutent encore, il survient aux mains, aux pieds et même au visage des

excoriations et des rhagades saignantes et douloureuses. En même temps, lorsque les mains et les pieds sont atteints, les ongles participent à la maladie ; ils s'allongent, s'épaississent, se recourbent, se colorent en brun et deviennent friables de manière à se casser facilement ; ordinairement, les poils restent à l'état normal ; quelquefois cependant ils prennent un aspect lanugineux. Dans le début de la maladie, la démangeaison est peu vive, elle augmente souvent à la fin ; également dans le commencement, la santé générale est conservée ; mais, lorsque la maladie s'étend et surtout lorsqu'elle se généralise, les fonctions digestives s'altèrent, il survient de la faiblesse, de l'amaigrissement et, dans la plupart des cas observés par Hébra, une terminaison funeste est survenue après trois ou quatre années de maladie.

Telle est la description donnée par Hébra, d'après quatorze cas observés par lui ; je dirai, comme Erasmus Wilson, que le lichen ruber paraît être plus commun et plus grave à Vienne que dans les autres pays, car on rencontre ailleurs bien peu d'exemples de la maladie d'Hébra, et, pour ma part, je ne me rappelle pas en avoir observé un seul. Il n'en est pas de même du lichen plan, dont il me reste à parler.

Le *lichen plan* (*lichen planus* d'Erasmus Wilson), qui ressemble au premier degré du lichen rouge d'Hébra, est une éruption formée par des papules épaisses à la base, plates et en apparence transparentes au sommet, légèrement ombiliquées, colorées en rouge brun au début, dans certains cas discrètes et isolées, dans d'autres réunies en plaques d'une étendue variable, avec une base hyperhémiée et infiltrée. Ces papules sont peu volumineuses, du volume d'un grain de millet, quelquefois aussi minces qu'une pointe d'épingle et difficiles à voir à l'œil nu ; leur base est ordinairement polygonale ou épaisse, et leur sommet un peu aplati forme une facette

sur laquelle se rencontre quelquefois une dépression qu'on ne peut voir souvent qu'à l'aide de la loupe. La couleur des papilles et des plaques est rouge, et la base est infiltrée. La superficie est granuleuse et recouverte de débris épidermiques ; sur la surface on peut voir des points blanchâtres qui ne sont autre chose que les orifices des follicules pileux remplis de débris épidermiques et dans lesquels le poil n'existe plus.

Ces plaques, formant une saillie assez marquée par le fait de la présence des papules et par l'infiltration de la peau sous-jacente, ont une étendue variable ; mais il est bien rare qu'elles occupent toute une région, et plus rare encore qu'elles se généralisent. On les rencontre souvent à l'avant-bras, au-dessus du poignet, sur la partie externe de la jambe, sur la cuisse ; elles se montrent principalement aux endroits comprimés par des vêtements, à l'endroit où presse le corset chez les femmes, et au-dessous des jarretières ; on les a rencontrées aussi à la face, au front, à la paume des mains, aux organes génitaux, et même à l'intérieur de la bouche, sur la langue (Er. Wilson).

Le prurit est généralement peu prononcé, bien moins vif que dans le lichen ordinaire ; quelquefois la maladie cutanée coïncide avec la conservation de la santé ; dans d'autres circonstances, il existe des troubles gastriques et des phénomènes nerveux d'apparence hystérique ; mais jamais dans cette forme on n'a observé les phénomènes généraux graves indiqués par Hébra pour le lichen ruber.

La marche de la maladie est très lente ; l'affection se développe et s'étend pendant plusieurs années et elle peut persister indéfiniment en présentant les mêmes caractères ; mais, d'après l'observation de Besnier, la guérison peut avoir lieu, les plaques s'affaissent par la disparition des papules du centre à la circonférence et

il ne reste plus à leur place que des taches pigmentées brunes ou jaunâtres, souvent indélébiles. Comme une variété du lichen planus, Vidal a décrit le *lichen plan corné* qui ne paraît être que l'exagération du *lichen planus* ordinaire et dans lequel les plaques épaisses, dures, cornées et raboteuses, d'une couleur vineuse ou violacée, ont une ténacité extrême. Ces plaques, qui ressemblent beaucoup à celles du *lichen lividus* de Willan, sont d'une forme irrégulière, et varient de dimension depuis un centimètre jusqu'à la grandeur de la paume de la main. Sur leur surface, les orifices des follicules pileux sont très apparents et donnent à la partie malade une apparence tout à fait ponctuée. La démangeaison est ordinairement plus vive que dans le lichen plan simple. Ces plaques cornées ont été principalement rencontrées à la face externe des jambes. Leur durée est indéfinie et peut se prolonger pendant dix, quinze et vingt-cinq ans.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du *lichen planus* a été faite par Hébra, par Erasmus Wilson et plus tard par Hillier, Neumann, Kaposi, Biésadecki et Vidal; tous ces auteurs sont à peu près d'accord pour admettre que la lésion principale siège dans les follicules pileux et dans le tissu conjonctif ambiant; c'est une hyperplasie des cellules de la gaine qui entoure le poil, avec infiltration des papilles environnantes et du corps muqueux; suivant Balzer (Héguy, thèse de Paris, 1880), le point de départ serait dans le tissu vasculaire; les faisceaux conjonctifs, les glandes, les vaisseaux eux-mêmes seraient comprimés par la prolifération cellulaire, abondante dans les parties les plus riches en vaisseaux, et il résulterait de cette compression des altérations dégénératives des divers éléments cutanés, dans les papilles et dans le corps muqueux. La couche cornée de l'épiderme est également épaissie et

le derme lui-même est infiltré de cellules embryonnaires. Dans le lichen corné décrit par Vidal, les altérations anatomiques acquièrent une grande intensité, l'épiderme est épaissi et induré, le corps muqueux et le derme sont également hypertrophiés, et les organes glandulaires sont atrophiés; souvent il n'y a plus de trace des follicules pileux, et les glandes sébacées et sudoripares ont presque complètement disparu.

Diagnostic. — Le lichen plan doit être reconnu à la dureté et à la forme aplatie des papilles qui représentent par leur assemblage une sorte de mosaïque, par la couleur rouge des surfaces malades, par l'agrandissement sucessif des plaques et par la ténacité de l'éruption; ces caractères permettent de distinguer cette maladie des autres formes de lichen.

Quant au diagnostic différentiel, c'est surtout avec le psoriasis qu'on pourrait confondre la maladie qui nous occupe; mais avec un peu d'attention on verra que dans le psoriasis, la maladie est presque exclusivement formée par des squames imbriquées, tandis que les squames ne forment qu'une couche très mince dans le lichen; de plus la couleur rouge, l'épaississement et l'infiltration de la peau, l'apparence papuleuse bien distincte ne se rencontrent pas dans le psoriasis.

Dans le pityriasis rubra le diagnostic est encore plus facile; si, en effet, il existe dans les deux maladies une coloration rouge et des squames, dans le pityriasis il n'y a pas trace de papules, les squames sont plus minces et plus molles, peu adhérentes, et la peau, loin d'être épaissie, semble plus mince. Quant aux éruptions syphilitiques, on ne pourrait les confondre avec le lichen plan qu'après la disparition de l'une ou de l'autre éruption, toutes les deux laissant après leur guérison une tache pigmentaire, et on ne pourrait alors arriver au diagnos-

tic qu'à l'aide des antécédents ou des phénomènes concomitants.

Marche. — La marche du lichen est semblable à celle des autres affections dartreuses : l'éruption a de la tendance à s'étendre, soit par l'augmentation de dimension des plaques papuleuses primitives, soit par le développement de nouvelles éruptions en diverses régions. Dans le lichen simple, dans le lichen agrius et dans le lichen rouge, l'affection peut occuper la presque totalité du corps, en paraissant toujours cependant avoir une préférence pour les membres et pour la face.

Théoriquement on peut admettre dans le lichen trois périodes, la première constituée par le développement des papules, la seconde par l'excoriation et le suintement de ces papules et par la formation d'une croûte, la troisième caractérisée par la sécheresse de la peau devenue rugueuse, épaisse et plissée. Mais dans la pratique il est difficile de retrouver ces trois périodes, la première étant souvent constituée par des vésicules ou des pustules ou même par des écailles épidermiques, la seconde manquant quelquefois, et l'affection lichénoïde n'étant véritablement caractérisée que pour les lésions cutanées de la troisième période. J'ajouterai que dans le lichen agrius, la troisième période n'est quelquefois constituée que par une légère desquamation épidermique.

La maladie peut être aiguë et n'avoir qu'une courte durée, en disparaissant au bout de trois ou de quatre semaines ; c'est ce qui se rencontre quelquefois dans le lichen simple, bien plus rarement dans le lichen agrius. Beaucoup plus souvent le lichen a une marche chronique : le lichen pilaire, le lichen agrius, se prolongent

fréquemment pendant plusieurs années; dans les lichens livide, rouge et plan, la guérison est encore plus longue à obtenir. Lorsque l'éruption a disparu, il ne reste ordinairement à l'endroit où elle a existé aucune tache, aucune cicatrice; quelquefois seulement, lorsque la maladie a duré longtemps, on voit pendant quelques mois à la place occupée par l'éruption une tache maculeuse brune ou grise. Il ne faut pas confondre ces taches avec celles qui apparaissent chez les sujets qui ont pris pendant plusieurs mois des préparations arsenicales; ces dernières sont d'une coloration grise, les premières sont plutôt brunes et n'existent guère d'ailleurs qu'aux extrémités inférieures.

Comme toutes les affections dartreuses, le lichen dans ses différentes formes est sujet à des récidives, séparées les unes des autres par des intervalles de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Dans le lichen agrius, surtout chez les jeunes sujets, les récidives sont fréquentes et rapprochées; on voit souvent l'éruption reparaître tous les ans à l'époque du printemps ou au commencement de l'hiver. Chez les jeunes sujets, au moment de la puberté, la maladie devient souvent moins grave et quelquefois même elle se termine par une guérison complète. Dans quelques cas, la maladie cutanée alterne avec une autre affection et particulièrement avec des gastralgies, des bronchites ou des névralgies.

Diagnostic. — Le diagnostic du lichen est facile au début ou à la fin de la maladie, soit lorsque l'on peut reconnaître les papules initiales, soit, au contraire, lorsque la maladie, arrivée à la troisième période, est caractérisée par l'épaississement, par la rudesse de la peau et par l'exagération de ses plis. Mais, lorsque les papules ont fait place à l'excoriation, et lorsque l'épaississement et la rudesse de la peau ne sont pas encore très marqués, il peut être difficile de reconnaître le lichen, qui

offre souvent, dans ses différentes formes, des ressemblances assez grandes avec quelques autres maladies cutanées, et particulièrement avec le strophulus, l'érythème, l'urticaire, le prurigo, l'eczéma, le psoriasis, l'herpès circiné, la gale et les éruptions papuleuses syphilitiques. Je vais indiquer rapidement les caractères distinctifs qui séparent le lichen de ces diverses affections.

Le strophulus, constitué par une éruption papuleuse, a une telle analogie d'aspect avec le lichen, que quelques auteurs, parmi lesquels je citerai particulièrement Cazenave, l'ont considéré comme une espèce particulière de lichen; je ne puis partager une telle manière de voir, la marche du strophulus, ses conditions étiologiques accusant une nature toute spéciale. Le diagnostic différentiel entre ces deux affections est d'ailleurs assez facile : les papules du strophulus sont plus grosses que celles du lichen, elles sont plus disséminées et, même lorsqu'elles sont rapprochées de manière à constituer des groupes, elles ne se confondent pas et elles restent toujours distinctes les unes des autres; l'éruption papuleuse est souvent compliquée d'une rougeur érythémateuse (*strophulus interstinctus*), les papules sont plus grosses et elles s'excorient rarement. La maladie, d'ailleurs, est habituellement aiguë, éphémère même; elle survient presque exlusivement chez des enfants et au moment du travail de la dentition.

Il n'est pas besoin de s'appesantir longtemps sur le diagnostic différentiel du lichen et de l'érythème papuleux, mieux désigné sous le nom d'érythème polymorphe; la rougeur vive des plaques, leur circonscription bien nette, leur étendue, leur saillie assez considérable, le siège spécial et régulier de l'éruption apparaissant spécialement aux poignets, au cou, au front, aux genoux ou aux cous-de-pied, la marche aiguë de la maladie, caractérisent trop bien l'affection éry-

thémateuse pour qu'on puisse la confondre avec le lichen.

L'urticaire se distingue du lichen par la saillie et la largeur plus considérable de la lésion éruptive et surtout par la disparition et la réapparition successives de l'éruption. Rien ne justifie la confusion commise par Willan en créant le *lichen urticatus*, qui n'est qu'une variété de l'urticaire.

Le prurigo est comme le lichen une affection papuleuse, et le prurit intense est un symptôme commun à ces deux maladies; mais dans l'affection prurigineuse, les papules sont disséminées au lieu d'être réunies de manière à former des plaques; elles sont recouvertes d'une croûte noire caractéristique, et il n'y a ni rudesse, ni épaississement de la peau.

Il est souvent très difficile de distinguer l'eczéma du lichen et je comprends très facilement cette difficulté, puisque pour moi le lichen n'est qu'une variété de l'eczéma, opinion fondée sur le mélange habituel des vésicules, des pustules et des papules, sur la succession fréquente des lésions cutanées caractéristiques de l'eczéma et du lichen; néanmoins on pourra dans certains cas reconnaître la variété lichénoïde à la présence manifeste de quelques papules initiales, à la sécheresse de la surface éruptive, à la coloration grise et au peu d'épaisseur de la croûte, mais surtout à la sécheresse et à l'épaississement de la peau, sillonnée de rides plus ou moins profondes. Dans le lichen ancien, la sécheresse des surfaces éruptives, l'épaississement de la peau et la présence des plis parallèles ou entre-croisés distinguent suffisamment l'éruption lichénoïde de l'eczéma. Mais le diagnostic est surtout difficile pour le lichen agrius, variété dans laquelle la maladie est constituée par l'éruption simultanée de papules, de vésicules et de pustules, c'est-à-dire par le mélange des affections classiques dé-

signées sous les noms de lichen, d'eczéma et d'impétigo, mélange tellement intime qu'il est difficile de dire quelle est de ces éruptions celle qu'on doit regarder comme dominante; mais cette recherche est vaine et inutile dans la pratique, puisque le caractère du lichen agrius consiste justement dans l'éruption simultanée des lésions élémentaires du lichen, de l'eczéma et de l'impétigo.

Dans quelques cas de lichen ancien, et principalement dans les formes désignées sous le nom classique de lichen circonscrit et surtout dans le lichen plan, il existe souvent des plaques squameuses qui peuvent simuler les taches saillantes du psoriasis; l'erreur est surtout possible lorsque le psoriasis est à son déclin et lorsque les squames déjà détachées laissent à découvert la surface rouge et souvent un peu rude qu'elles recouvraient. Mais, pour établir le diagnostic, on devra se rappeler que les squames du psoriasis sont plus sèches, plus adhérentes, plus blanches, plus luisantes, et qu'elles reposent sur des surfaces plus rouges qui n'ont jamais suinté, dernière circonstance très importante. D'ailleurs dans le psoriasis, maladie bien plus diffuse et bien plus généralisée que le lichen, il est rare qu'on ne trouve pas sur une région quelconque du corps, et particulièrement dans les environs des genoux et des coudes, quelques plaques bien authentiques de psoriasis; la présence ou l'absence de ces plaques aidera donc beaucoup au diagnostic.

L'herpès circiné, caractérisé par une plaque sèche et squameuse, offre quelque ressemblance avec le lichen simple ou avec le lichen circonscrit; mais dans l'herpès le cercle qui borne la circonférence de la plaque éruptive est plus saillant et mieux marqué, tandis que le centre de cette plaque est plus complètement sain; la peau est moins plissée, et surtout l'extension centrifuge est plus

rapide et bien plus apparente dans l'herpès que dans le lichen.

Je ne pense pas qu'on doive établir un diagnostic différentiel entre la gale et le lichen ; ces deux affections ne sont nullement exclusives l'une de l'autre, elles peuvent parfaitement se développer d'une manière coïncidante ; en cas de lichen des mains et des membres associé à quelques papules de prurigo, alors que l'éruption ressemble par son siège ou par sa physionomie aux affections cutanées concomitantes de la gale, on doit seulement rechercher avec soin, aux mains ou ailleurs, la présence de sillons et même d'acares dont l'existence permettrait d'affirmer la réalité de la gale.

Jamais la syphilis ne donne lieu à une éruption ressemblant au vrai lichen, et il est très fâcheux que, dans ces derniers temps, on ait donné le nom de lichen syphilitique à l'éruption décrite par Biett et par ses élèves sous le nom de syphilide papuleuse. Pour qu'on saisisse immédiatement la différence profonde qui existe entre le lichen et la syphilide papuleuse, il suffit de dire en quelques mots que cette dernière affection cutanée est constituée par des saillies plates, de la forme et de la dimension d'une lentille et quelquefois même d'une plus grande étendue, que ces saillies sont isolées les unes des autres, au lieu d'être acuminées, petites et agminées comme dans le lichen. Ces caractères objectifs si dissemblables permettent d'établir le diagnostic différentiel, sans qu'il soit besoin de recourir à l'absence de démangeaison qui caractérise les syphilides, ni aux autres phénomènes antérieurs ou concomitants de l'infection syphilitique.

Pronostic. — Le lichen est une maladie pénible à cause des démangeaisons souvent très vives qui l'accompagnent, et à cause des altérations de la peau qui peuvent exister sur des parties découvertes et apparentes. Son pro-

nostic, d'ailleurs, est en rapport avec sa forme et avec sa marche : le lichen simple à marche aiguë est une affection peu grave et qui disparaît souvent en quelques semaines ; mais le lichen circonscrit est bien plus tenace et plus incommode ; ses démangeaisons sont quelquefois insupportables et peuvent amener de l'insomnie et des troubles de la nutrition. Le lichen agrius, par son étendue, par sa durée, par l'intensité de ses lésions, par l'acuité de ses démangeaisons, par ses récidives inévitables, constitue une affection plus grave encore, qui entrave souvent les occupations professionnelles par la nécessité où se trouvent les malades de garder la chambre et le repos. Après plusieurs récidives de lichen, la maladie prend souvent droit de domicile chez certains individus et elle persiste indéfiniment avec des alternatives d'intensité. Dans la forme désignée sous le nom de lichen plan, la guérison ne s'obtient qu'après des années et le plus ordinairement elle n'est jamais complète. A la suite des lichens qui ont duré longtemps, il reste toujours dans certaines régions de l'épaississement, de la rudesse de la peau, ainsi que quelques squames ; des gerçures surviennent facilement, principalement aux mains, les démangeaisons sont fréquentes et les récidives sont toujours imminentes. J'ajoute que dans le lichen rouge d'Hébra le pronostic a une gravité exceptionnelle.

Le siège du lichen est encore à considérer sous le rapport du pronostic : le lichen du visage, le lichen des mains, en gênant les rapports sociaux, en entravant le travail manuel, est plus fâcheux que le lichen des membres ou du tronc, caché par les vêtements ; le lichen des membres inférieurs et surtout le lichen agrius avec ses phénomènes inflammatoires, en mettant obstacle à la marche, est plus pénible et plus à redouter que le lichen des membres supérieurs ou du tronc.

Comme pour l'eczéma, je dirai que le lichen qui survient chez les individus atteints d'ichthyose est très rebelle et quelquefois même incurable.

Étiologie. — Les causes qui favorisent le développement du lichen sont les mêmes que celles que j'ai déjà indiquées en parlant de l'eczéma (voy. p. 755), je ne ferai que les mentionner rapidement pour compléter l'histoire du lichen, en renvoyant pour les détails à la description de l'eczéma. Parmi les causes prédisposantes, je signalerai surtout, comme pour toutes les maladies diathésiques, l'influence héréditaire ; il est rare que, dans la famille d'une personne atteinte de lichen, on ne trouve pas quelque parent rapproché ayant été atteint d'une forme quelconque d'eczéma. J'indiquerai ensuite comme cause favorable au développement de la maladie le changement des saisons et principalement le commencement de l'hiver : au moment où les premiers froids se font sentir, quelques individus sont atteints tous les ans d'une éruption lichénoïde siégeant principalement aux membres inférieurs et plus particulièrement aux cuisses, éruption qui se rapporte au lichen simple et qui s'accompagne de démangeaisons très désagréables ; cette affection dure habituellement pendant toute la mauvaise saison. Quelquefois c'est au printemps que la maladie se manifeste, et elle peut revenir ainsi chaque année. Willan a signalé, sous le nom de lichen tropicus, une forme de lichen qui se développe dans les pays chauds et même dans les régions tempérées, sous l'influence des grandes chaleurs de l'été ; j'ai eu occasion de constater fréquemment dans les mois de juillet et d'août des éruptions assez étendues et souvent généralisées constituées par des plaques exanthématiques compliquées de quelques saillies papuleuses ; mais cette affection m'a paru appartenir bien plutôt à l'érythème ou au strophulus prurigineux qu'au lichen ; je pense qu'il en est de même de la

forme tropicale indiquée par Willan, et dont il ne décrit pas d'ailleurs suffisamment les caractères particuliers.

On a dit que le tempérament nerveux disposait au lichen : l'observation clinique démontre que cette maladie se rencontre avec tous les tempéraments et avec toutes les formes de constitution ; ce qui paraît certain, c'est que les démangeaisons qui accompagnent le lichen sont plus vives, plus tenaces, plus insupportables chez les gens nerveux, et que chez eux ce symptôme survit même quelquefois à l'éruption disparue.

Je n'ai rien à dire de spécial à l'âge : le lichen est assez commun chez les enfants, particulièrement à l'époque de la dentition; mais il se développe à toutes les époques de la vie, et, chez les vieillards, cette affection, comme toutes les éruptions herpétiques, est plus grave et plus durable.

Souvent ces causes prédisposantes que je viens de signaler suffisent pour amener le développement du lichen; quelquefois cependant, outre la prédisposition, on peut invoquer une circonstance qui paraît avoir déterminé la maladie. Parmi ces causes accidentelles, je signalerai principalement le contact de substances irritantes sur la peau, tel que celui qui résulte de l'exposition habituelle ou accidentelle de certaines parties du corps et principalement des mains à l'action de substances chimiques ou d'objets sales ou couverts de poussière. C'est là le lichen professionnel qu'on observe surtout chez les teinturiers et chez les cuisiniers : la maladie désignée sous le nom de gale des épiciers est un eczéma lichénoïde des mains. La présence des parasites peut agir de la même manière, et c'est ainsi que le lichen peut se développer comme complication de la gale et de la phthiriase; c'est là le lichen parasitaire de Bazin. Après les causes agissant directement sur la peau, je mentionnerai encore la fâcheuse influence des veilles, des liqueurs

alcooliques et d'une alimentation trop irritante; enfin, comme cause étiologique commune à toutes les affections herpétiques, je ne dois pas oublier de signaler les émotions morales vives, et principalement celles déterminées par la frayeur ou par le chagrin. Ces diverses causes accidentelles ne servent d'ailleurs qu'à provoquer la manifestation de la maladie dont la cause principale doit être recherchée dans une disposition constitutionnelle spéciale et diathésique. Le contact de substances irritantes, les excès de table, les veilles ne font que mettre en mouvement cette disposition et provoquer la manifestation éruptive, laquelle serait peut-être restée latente sans l'accident provocateur. Je ne crois donc pas qu'il faille admettre, à proprement parler, le lichen de cause externe.

A propos de l'étiologie du lichen, je dois ajouter que Bazin comprend parmi les causes de lichen la scrofule, l'arthritis, l'herpétisme et la syphilis, en assignant à l'éruption appartenant à chacune de ces espèces morbides des caractères diagnostiques particuliers (1). Parmi ces causes constitutionnelles, on doit d'abord rejeter la syphilis, qui donne lieu, comme je l'ai déjà dit, à une éruption papuleuse n'ayant avec le lichen rien de commun que la lésion anatomique. Quant à la scrofule et à l'arthritis, en prenant ce dernier mot comme synonyme de goutte, je ne pense pas que le lichen se développe sous leur influence; j'admets seulement que cette affection cutanée peut être modifiée dans son expression lorsqu'elle survient chez un scrofuleux ou chez un goutteux : dans le premier cas, l'éruption papuleuse sera associée à des vésicules et à des pustules, et on retrouvera les caractères du lichen agrius, forme de lichen fréquente chez les scrofuleux; chez les goutteux, au contraire, l'éruption se distinguera par la sécheresse de ses produits, il y aura très

(1) Bazin, *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1869, art. LICHEN.

peu de sécrétion, les croûtes seront minces et sèches, la maladie sera ordinairement délimitée, sans grande tendance à l'extension et surtout à la généralisation, et les démangeaisons pourront être remplacées par des picotements et des élancements : le lichen circonscrit, le lichen pilaire se retrouvent surtout dans ces circonstances. Mais quant à la cause constitutionnelle du lichen, je pense qu'elle consiste toujours dans une disposition diathésique de l'économie, semblable à celle qui produit l'eczéma et ses variétés.

Traitement. — Le traitement du lichen est établi d'après les mêmes principes que celui de l'eczéma. Dans la première et dans la seconde période, alors que les phénomènes inflammatoires sont apparents, on doit avoir recours aux topiques émollients et aux dérivatifs du côté de l'intestin : les bains d'eau de son ou d'amidon, les lotions avec de l'eau de guimauve ou de lin additionnées d'une décoction de têtes de pavots, les cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de farine de riz, les applications de poudre d'amidon, de poudre de lycopode ou de farine de froment ont pour effet de diminuer le gonflement et la chaleur de la peau, ainsi que de calmer la démangeaison. Lorsque la maladie siège aux membres, on peut se servir également de la toile vulcanisée, en entourant hermétiquement la partie malade; mais ce moyen réussit moins bien dans le lichen que dans l'eczéma pur. Concurremment avec les topiques émollients, on doit conseiller les purgatifs, soit l'infusion de séné, soit les purgatifs salins donnés de préférence sous forme d'eaux minérales naturelles, répétés deux ou trois fois par semaine et quelquefois même tous les jours. Cette médication purgative est surtout indiquée dans le lichen agrius; dans les formes sèches du lichen, dans les lichens simple, circonscrit, pilaire, les purgatifs sont bien moins utiles et ils peuvent être laissés de côté. Dans le même

but dérivatif, on peut employer également les diurétiques et particulièrement le sel de nitre. A la fin de la seconde période, on peut administrer les alcalins, et le bicarbonate de soude est souvent prescrit; il est surtout indiqué chez les goutteux atteints d'éruptions lichénoïdes, quoiqu'il soit loin d'avoir l'efficacité que lui attribue Bazin dans le lichen qu'il appelle arthritique; cette médication ne convient pas dans le lichen agrius, surtout lorsqu'il est développé chez les scrofuleux.

Plus tard, lorsque l'éruption se présente avec les caractères de la troisième période, c'est-à-dire lorsqu'elle est caractérisée par l'état squameux, par la sécheresse, l'épaississement et la rudesse de la peau, il faut s'adresser aux modificateurs généraux et locaux. Chez les scrofuleux, les amers, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux donnent de bons résultats; dans le lichen agrius, j'ai retiré de grands avantages de l'administration de l'arséniate de fer à la dose journalière de trois à cinq ou six centigrammes. Dans les formes sèches, les préparations arsenicales, et particulièrement l'arséniate de soude, doivent succéder aux alcalins; l'arsenic est surtout indiqué et à dose assez élevée dans les lichens pilaire et plan. Les préparations sulfureuses sont bien rarement utiles à l'intérieur. Mais, en même temps qu'on conseille les altérants, on peut accélérer la guérison par quelques topiques, agissant alors ordinairement comme agents de la médication substitutive; c'est ainsi qu'on peut se servir avec avantage d'onctions avec des pommades contenant du calomel, ou du sulfate ou du nitrate de mercure, avec des pommades légèrement astringentes à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth ou au tanin. On a conseillé également, principalement dans le lichen circonscrit, de toucher la partie malade avec une solution de nitrate d'argent, avec de la teinture d'iode, ou mieux d'y étendre de l'huile de cade unie à des proportions diverses d'huile

d'amandes douces ou de vaseline : ce dernier moyen a réussi souvent dans des cas rebelles de lichen circonscrit ancien; contre les gerçures profondes des mains, on emploie ordinairement avec succès la glycérine pure ou associée à une faible dose de tanin. Comme adjuvants de cette médication, on peut conseiller les bains alcalins, même les bains sulfureux, qui sont indiqués dans les lichens très anciens, et alors que la peau très épaissie est couverte de squames; dans le lichen circonscrit, on peut se trouver bien des douches de vapeur, des douches d'eau pulvérisée dirigées sur l'endroit malade. Enfin, contre les lichens rebelles et même pour consolider la guérison des affections lichénoïdes à peu près disparues, on peut avoir recours aux eaux minérales : dans le lichen agrius, associé à la scrofule, les eaux d'Uriage, de la Bourboule, les eaux sulfureuses de Luchon, d'Ax, de Barèges, d'Aix-la-Chapelle, quelquefois même les eaux chlorurées sodiques de Salies en Béarn, de Salins, de Kreutznach, etc., donnent de bons résultats; dans le lichen simple, dans le lichen circonscrit, les eaux alcalines réussissent mieux et on doit conseiller principalement les eaux de Saint-Gervais, les eaux de Royat, celles de Bagnères-de-Bigorre. Chez les sujets très nerveux, alors que dominent les démangeaisons et les accidents névropathiques, les eaux de Néris, de Ragatz, de Schlangenbad peuvent être très utiles. Enfin, dans les cas très rebelles, dans le lichen plan, dans le lichen agrius très ancien et très tenace, les eaux de Louèche ont souvent donné des résultats favorables.

Comme un accessoire très important du traitement médicinal, il est indispensable de prescrire des précautions hygiéniques très sévères. On devra interdire les veilles, les fatigues musculaires excessives, les émotions provoquées par le jeu, par des discussions vives ou toute autre cause, et surtout on prescrira un régime diététique non

excitant en interdisant les boissons alcooliques, le café, les préparations culinaires de porc, le gibier, les poissons, les coquillages, les choux, les fraises et tous les mets fortement assaisonnés. Ce traitement hygiénique continué longtemps peut être utile pour consolider la guérison et pour prévenir les récidives.

5° Mycosis fongoïde, lymphadénie cutanée.

La place que je donne ici à la description du mycosis fongoïde ne doit faire préjuger en rien mon opinion sur sa nature; dans l'état actuel de la science, il est évident que cette affection ne peut pas être regardée comme une maladie dartreuse, mais sa place en nosologie dermatologique est assez incertaine, et, comme elle est d'ailleurs fréquemment associée à l'eczéma, j'ai cru pouvoir la décrire à côté des affections eczémateuses.

Définition; historique. — Le mycosis fongoïde est une maladie caractérisée par des tumeurs molles, mamelonnées, d'une couleur rouge, susceptibles de se terminer par des ulcérations fongueuses de mauvais aspect, et constituées anatomiquement par le développement dans la peau de globules lymphatiques et d'un reticulum analogue au tissu propre des ganglions lymphatiques, d'où le nom de *lymphadénie cutanée*, proposé par quelques auteurs.

C'est Alibert qui, le premier, employa le mot mycosis pour l'appliquer à des excroissances fongueuses, se manifestant principalement à la face, au cuir chevelu, aux parties génitales, excroissances analogues, pour la forme et pour la couleur, aux fruits du mûrier et du framboisier, répandant une humeur visqueuse, jaunâtre et fétide. Pour l'auteur de l'arbre des dermatoses, le mycosis appartenait à la syphilis et constituait dans sa classification le second genre du groupe des dermatoses véro-

leuses. Comme la maladie désignée sous le nom de mycosis est rare, comme les descriptions données par Alibert sont assez confuses et se rapportent évidemment à des maladies différentes et entre autres à des ulcérations véritablement syphilitiques, on n'avait pas tardé à oublier le mycosis et, l'école de Willan n'en parlant pas, sa description fut omise dans les ouvrages classiques de Biett, de Gibert, de Cazenave et la maladie resta confondue avec le framboesia et le molluscum. En 1851, Bazin, ayant eu à traiter, à l'hôpital Saint-Louis, une femme atteinte de tumeurs fongueuses généralisées, trouva à la maladie qu'il avait sous les yeux une ressemblance marquée avec l'affection cutanée décrite par Alibert sous le nom de mycosis, et, ayant eu plus tard l'occasion de voir plusieurs cas semblables, il donna dans ses cours cliniques et dans ses ouvrages la description du mycosis fongoïde, maladie, suivant lui, se rapprochant de la lèpre, mais constituant un genre tout spécial et résultant du développement d'une diathèse particulière qu'il désigna sous le nom de *diathèse fongoïde*. Moi-même, à peu près à la même époque, j'eus occasion d'observer quelques malades atteints de l'affection indiquée par Bazin sous le nom de mycosis, et cette maladie, par son aspect, par sa marche, par sa disparition sans laisser de cicatrice, me paraissant analogue à l'eczéma lichénoïde, je l'avais décrite sous le nom de lichen hypertrophique. Mais, en 1869, la véritable nature du mycosis a été éclairée par les recherches de Ranvier, exposées dans la thèse de Gillot (1), qui constata que les tumeurs mycosiques étaient constituées par du tissu lymphatique. En partant de ce fait anatomique, Hillairet, Gillot, et plus tard E. Demange, auquel on doit une bonne thèse sur ce sujet (2), propo-

(1) Gillot, *Thèse de Paris*, 1869.

(2) Demange, *Etude sur la lymphadénie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses*. Paris, 1874. J.-B. Baillière.

sèrent de remplacer le mot mycosis par celui de lymphadénie cutanée, rapprochant ainsi le lymphadénome de la peau de la même lésion développée dans les ganglions et dans les organes. Depuis ce moment, les mots mycosis et lymphadénie cutanée furent considérés comme synonymes, et de nouvelles observations dues à Landouzy, à Debove, à Galliard, à Vidal, à Fabre de Commentry, à Hillairet (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1879), vinrent compléter les connaissances déjà acquises relativement à la maladie dont j'entreprends l'histoire. J'ajouterai qu'à l'étranger le mycosis donna lieu également à quelques travaux dus à Kobner (1864), à Biesadecki, à Geber (1879), à Duhring (1879, 1880); mais la plupart des auteurs allemands, et en particulier Kaposi, le plus autorisé en dermatologie, refusent de considérer le mycosis comme une maladie spéciale et distincte, et ne veulent voir dans cette maladie que des exemples d'une affection sarcomateuse généralisée. Pour terminer cet historique, je dirai que dans ces derniers temps Rindfleisch et Auspitz ont décrit un *coccus* trouvé dans les tumeurs mycosiques et ont pensé que le mycosis appartenait aux maladies parasitaires; enfin je mentionnerai, en terminant, un travail tout récent de Vidal et de Brocq, dans lequel se trouve très bien exposée, au point de vue actuel, l'histoire clinique et anatomique du mycosis (1).

Anatomie pathologique. — Les connaissances anatomiques sur le siège et sur la nature du mycosis sont dues à Ranvier, qui a démontré que cette maladie était constituée par le développement et la présence dans divers éléments de la peau de globules lymphatiques et de tissu adénoïde. En effet, ces tumeurs présentent une organisation analogue à celle des ganglions lymphatiques; leur consistance est molle, elles sont vasculaires, quelquefois

(1) Vidal et Brocq, *France médicale.* Paris, 1885.

avec des points apoplectiques; en les raclant, on enlève un suc lactescent, dans lequel on découvre des cellules semblables à celles qui existent dans les ganglions lymphatiques enflammés. Ces cellules sont libres, infiltrant les divers éléments du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, et elles sont contenues en partie dans un tissu fin, réticulé, qu'on peut considérer comme un tissu adénoïde de nouvelle formation. Comme ce tissu nouveau est très fin et peu développé, et comme les tumeurs sont constituées surtout par des cellules migratrices, Ranvier dit qu'on comprend qu'elles puissent revenir facilement sur elles-mêmes lorsqu'elles n'ont pas été détruites par l'ulcération, et qu'elles puissent, par la résorption de l'exsudat, disparaître sans laisser de cicatrice.

A côté de cette lésion principale, constituée par la présence du tissu adénoïde et des corpuscules lymphatiques, l'épiderme est épaissi, le corps muqueux a subi une hypertrophie considérable, les espaces interpapillaires sont très ramifiés et s'avancent au loin dans le derme, ils contiennent un certain nombre de cellules épidermiques; les cellules du corps muqueux sont distendues, quelques-unes sont rompues, il s'y forme des vacuoles, comme dans la vésiculation. Mais les lésions les plus importantes existent du côté du derme, où l'on rencontre des cellules embryonnaires, un reticulum dont les mailles sont d'autant plus apparentes qu'on s'éloigne de la couche superficielle, puis des cellules lymphatiques. Ces lésions se prolongeant au delà du derme sont encore très marquées dans le tissu cellulaire sous-cutané. En même temps, les vaisseaux cutanés sont développés et gorgés de sang et leurs parois contiennent un grand nombre de cellules embryonnaires. On voit que cette organisation des tumeurs mycosiques se rapproche beaucoup de la structure des productions sarcomateuses; aussi, en Allemagne, on confond le mycosis avec le sarcome et Rindfleisch a proposé,

pour le désigner, le nom de *sarcome lymphadénique myxoïde*. J'ai déjà dit que ce dernier auteur et Auspitz, de Vienne, avaient décrit un *coccus* qu'ils disent avoir trouvé le premier dans les vaisseaux capillaires de la peau, le professeur de Vienne dans le tissu des fongosités, dans les squames des éruptions et dans les poils. Il faut attendre encore pour savoir si cette découverte se confirmera.

Symptômes. — Les phénomènes qui appartiennent au mycosis sont variables suivant les périodes : au commencement de la maladie, on voit se développer, sur une région, ou en plusieurs endroits, des taches érythémateuses d'une coloration rouge assez vive, peu ou point saillantes, accompagnées de prurit; ces plaques sont peu persistantes, mobiles, se rapprochant de celles de l'urticaire, quoique moins saillantes et plus fixes; il peut même y avoir de véritables élevures d'urticaire, ainsi que l'a noté Hillairet, dans un cas dont il a donné l'histoire à l'Académie de médecine (7 décembre 1880). Bientôt ces plaques se recouvrent de squames, de vésicules, de papules et prennent l'aspect de l'eczéma lichénoïde; d'ailleurs elles restent circonscrites ou s'étendent. Souvent elles sont assez saillantes, semblables au lichen ancien ; la peau est sèche, rude, quelquefois sillonnée de fissures; d'autres fois elles s'affaissent, leur coloration s'efface et elles peuvent disparaître complètement sans laisser aucune trace, ainsi que cela arrive pour les affections eczémateuses. C'est cette apparence d'eczéma et cette disparition sans cicatrices qui m'avait fait tout d'abord rattacher le mycosis aux éruptions dartreuses, et qui m'avait amené à le désigner sous le nom de *lichen hypertrophique*. Et en effet, dans les premiers mois, souvent même dans les premières années du mycosis, presque constamment, la maladie est prise pour un eczéma ou pour un lichen, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture des observations appartenant à plusieurs auteurs.

Bazin a appelé *plaques congestives* les taches initiales de la première période et *plaques lichénoïdes* les éruptions qui leur succèdent; mais, après ces éruptions initiales, tôt ou tard, la maladie se dessine par des phénomènes plus spéciaux qui viennent lui donner un aspect tout particulier. Sur les plaques lichénoïdes, ou à côté d'elles, on voit survenir des végétations, des excroissances d'abord comparables à des verrues, mais qui en grossissant deviennent inégales, mamelonnées, et présentent l'apparence framboisée. Lorsque ces lésions se développent sur une partie saine, la peau s'épaissit, se boursoufle et les saillies se prononcent; sur les plaques lichénoïdes déjà épaissies, les fissures s'accentuent davantage, et la surface de la peau, déjà inégale, réticulée, devient plus anfractueuse et se recouvre de bourgeons saillants. Une fois formées, ces tumeurs deviennent plus distinctes, leur volume s'accroît rapidement et elles peuvent acquérir en peu de temps les dimensions d'une noisette, d'une noix, d'une mandarine. Elles sont rouges, quelquefois violacées, sillonnées de vaisseaux, assez dures, inégales à leur surface, et, suivant l'expression d'Alibert, par leur couleur, par leur consistance et par leur surface mamelonnée, elles ressemblent alors à des tomates. Quelques-unes de ces tumeurs sont isolées ou accolées en petit nombre, mais d'autres peuvent se réunir, s'agglomérer, et former ainsi une surface assez étendue, mamelonnée et anfractueuse, chacune des végétations étant confondue à la base avec les voisines, mais séparée des autres au sommet par des fissures profondes.

A cette période de la maladie, il n'y a pas de sécrétion, la surface de la peau malade est sèche et lisse, quelquefois légèrement squameuse; le prurit qui accompagne les taches congestives et lichénoïdes diminue ordinairement; il n'y a aucune douleur, souvent même la sensibilité est un peu diminuée sur la peau qui recouvre les

saillies; et à ce moment, dans les régions malades, il n'est pas rare de voir tomber les poils qui s'y rencontrent.

Ainsi développées, les tumeurs qui constituent le mycosis confirmé peuvent rester stationnaires assez longtemps, plusieurs mois par exemple; puis, à un moment donné, elles subissent une évolution qui peut avoir lieu en sens tout à fait opposé; en effet, quelques-unes deviennent le siège d'une absorption interstitielle rapide; elles se rétractent, s'affaissent et disparaissent sans laisser de traces, en l'espace de dix, de quinze ou de vingt jours; mais d'autres, au contraire, se ramollissent, la peau qui les recouvre s'amincit tantôt superficiellement, en ne donnant lieu qu'à une sécrétion peu abondante qui se concrète en croûtes, tantôt s'ouvrant comme un fruit putréfié, pour me servir encore de l'expression d'Alibert, et laissant sortir une suppuration abondante, ichoreuse et fétide; d'autres fois encore, la tumeur est dure et bosselée, et il survient dans un point isolé une ulcération qui s'étend en profondeur, et qui constitue une cavité cratériforme donnant lieu à un suintement séro-purulent peu abondant. Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, après la destruction des tumeurs, la lésion ne se borne pas à la peau, mais elle s'étend au tissu cellulaire sous-cutané, et l'ulcération peut aller jusqu'à dénuder les os, ainsi qu'on en a rapporté des exemples.

En même temps que se développent ces lésions cutanées, il est ordinaire de voir les ganglions lymphatiques devenir douloureux, volumineux, et de véritables adénites se manifester aux aisselles, aux aines, aux régions cervicales. Ces ganglions peuvent acquérir un volume assez considérable, mais il est bien rare que la suppuration s'y établisse. Ce fait de ganglions volumineux et non suppurés est un trait de ressemblance de plus entre le mycosis et la lymphadénie viscérale.

Dans les premières périodes du mycosis la santé générale est ordinairement conservée; les fonctions principales continuent à s'exercer régulièrement, même alors qu'apparaissent les premières tumeurs; mais, lorsque le nombre de ces tumeurs augmente, surtout lorsque quelques-unes sont envahies par l'ulcération, les fonctions digestives s'altèrent, il y a défaut d'appétit, les digestions deviennent pénibles, souvent il survient de la diarrhée; les malades s'affaiblissent, maigrissent et tombent fréquemment dans le dernier degré du marasme. Chez quelques-uns, outre le développement des ganglions lymphatiques périphériques, on peut constater l'augmentation de volume du foie et de la rate, des hémorrhagies, la pâleur des téguments et les autres caractères de la leucocythémie. Dans un cas rapporté par Landouzy (1), chez un enfant de sept mois, atteint de plusieurs tumeurs mycosiques, et mort promptement à la suite de convulsions, l'autopsie fit reconnaître l'existence d'un exsudat jaunâtre, avec quelques granulations fines dans les scissures de Sylvius, l'augmentation de volume des ganglions bronchiques et des ganglions mésentériques, la tuméfaction des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin, et un examen histologique, fait par Malassez, démontra dans toutes ces pièces l'existence de lymphadénomes (2). On a noté aussi quelquefois dans le sang la présence de globules blancs en plus grand nombre à l'état normal; mais cet état de leucocythémie est assez rare.

Siège topographique. — Le mycosis peut se développer sur toutes les régions; toutefois il est plus commun de l'observer au tronc, à la racine des membres et à leur partie interne qu'à la face et aux extrémités, c'est-à-

(1) Landouzy, *Comptes rendus de la Société de biologie*, décembre 1871.
(2) Malassez, *Société de biologie*, octobre 1872.

dire aux poignets, aux mains, aux cous-de-pied et aux pieds.

Marche et terminaisons. — Le mycosis est une maladie essentiellement chronique; comme je l'ai dit dans la description des symptômes, les lésions cutanées se développent ordinairement avec lenteur, souvent même elles disparaissent pour reparaître quelques mois plus tard et ce n'est le plus ordinairement qu'après plusieurs années d'éruptions érythmateuses, eczémateuses ou lichénoïdes que les tumeurs se manifestent, et encore le développement, la généralisation et l'ulcération de ces tumeurs exigent un long temps, plusieurs mois, plusieurs années.

Par contre je dois dire, et Bazin a eu soin de l'indiquer, qu'on observe des cas dans lesquels les périodes prémonitoires du mycosis, c'est-à-dire les éruptions initiales, manquent et dans lesquels les tumeurs apparaissent d'emblée avec leurs caractères propres et comme premier phénomène. La durée de la maladie est indéterminée, elle est en rapport avec la marche des tumeurs, avec leur état d'intégrité ou d'ulcération, avec l'abondance de la suppuration et surtout avec l'état général.

La maladie peut-elle se terminer par la guérison, c'est ce qu'il est impossible d'affirmer aujourd'hui; les éruptions eczémateuses peuvent disparaître, les tumeurs elles-mêmes peuvent se résorber et la peau peut reprendre son aspect normal; mais dans les cas où ont été signalés ces faits heureux, ne s'agissait-il pas d'améliorations momentanées, ainsi que cela arrive souvent dans le cours du mycosis? Les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que la certitude de la guérison ait pu être acquise. Ce qu'il y a de positif, c'est que le plus ordinairement la maladie se termine d'une manière funeste, soit par une maladie accidentelle, soit avec tous les phénomènes de la cachexie, ou bien encore avec les accidents propres à

la leucocythémie et à la lymphadénie plus ou moins généralisée.

Diagnostic. — Au début du mycosis, le diagnostic est extrêmement difficile, je dirai même que, le plus souvent, il est impossible à établir, et, pour prouver cette assertion, je n'ai qu'à rappeler que, dans la plupart des observations connues, les médecins les plus autorisés ont admis tout d'abord l'existence d'un eczéma ou d'un lichen. Bazin avance (*Diction. encyclopédique*, article Mycosis, p. 199) que la distinction est toujours possible, que dans l'eczéma la rougeur est pointillée, qu'il y a du suintement, que les squames sont molles d'abord, puis sèches; il ajoute que dans le lichen la lésion élémentaire est toujours papuleuse, tandis que dans le mycosis il y a plutôt au début comme plus tard, une induration avec épaississement du derme, que la plaque mycosique forme une saillie plus considérable au-dessus du niveau de la peau, que sa surface est d'un rouge foncé, qu'elle est inégale, mamelonnée, fongueuse et presque végétante. Lorsque ces derniers caractères d'inégalité et de bourgeonnement s'établissent, certainement on peut reconnaître l'existence du mycosis; mais auparavant il me semble impossible d'arriver au diagnostic et il ne me répugne pas de penser que le mycosis débute par des poussées congestives et exsudatives analogues, sinon tout à fait semblables, aux éruptions eczémateuses et lichénoïdes, et que la maladie ne revêt son caractère propre que lorsque le tissu cutané s'épaissit, se mamelonne et lorsque les tumeurs apparaissent.

A ce moment, le diagnostic devient plus facile, et outre l'aspect des tumeurs qui sont rouges, inégales et framboisées, la rapidité de leur développement, la possibilité de leur régression et de leur disparition complète spontanée sont des caractères spéciaux qui doivent servir à les faire reconnaître. Les maladies avec lesquelles on pourrait les

confondre, sont le molluscum, la lèpre tuberculeuse, les éruptions tuberculeuses syphilitiques, les tumeurs sarcomateuses de la peau.

Rien de plus facile à faire que le diagnostic différentiel du mycosis et du molluscum : les tumeurs qui constituent cette dernière affection ont une surface uniforme sans changement de couleur à la peau. Elles sont quelquefois pédiculées, elles présentent souvent un point noir qui est la trace de l'ouverture du conduit sébacé, elles sont complètement indolentes, elles ne se ramollissent pas, ne s'ulcèrent pas et elles coïncident le plus ordinairement avec le développement de quelques tumeurs d'acné varioliforme et avec la présence de quelques taches d'éphélides.

Dans l'éléphantiasis, il existe des altérations cutanées assez semblables à celles du mycosis, et Bazin, frappé des analogies qu'il reconnaissait entre ces deux maladies, avait proposé tout d'abord de désigner le mycosis sous le nom de *lèpre indigène*. Dans les deux affections, on constate des taches cutanées, de l'anesthésie, des tubercules, des ulcérations, et pour l'une comme pour l'autre la terminaison est fatale; mais dans la lèpre les taches sont d'une couleur plus brune, l'anesthésie est plus complète et plus étendue, les ulcérations sont plus profondes, les altérations cutanées sont habituellement permanentes, et, si la cicatrisation des ulcères a lieu, il reste des cicatrices; la recherche et la présence des bacilles de la lèpre pourrait aider encore au diagnostic.

Les altérations cutanées de nature syphilitique sont ordinairement faciles à distinguer du mycosis : dans les périodes congestive et eczémateuse, il n'y a aucune ressemblance, et, lorsque les tumeurs mycosiques se développent, leur couleur foncée, le prurit qui les accompagne, leur volume assez considérable ne permettent pas de les prendre pour des syphilides; puis, lorsque survient

l'ulcération, les bords sont moins indurés, moins taillés à pic, la suppuration est plus abondante, plus fluide et plus ichoreuse. Les phénomènes antérieurs et concomitants doivent d'ailleurs éclairer le diagnostic.

Mais la plus grande difficulté dans le diagnostic consiste dans la différence à établir entre les tumeurs mycosiques et les tumeurs sarcomateuses ou cancéreuses de la peau, surtout lorsqu'elles sont nombreuses et qu'elles se généralisent ; difficulté d'autant plus grande que certains médecins, ainsi que je l'ai déjà dit, considèrent le mycosis comme un sarcome. Cependant je pense qu'on peut arriver à ce diagnostic en faisant attention que les tumeurs sarcomateuses ne sont jamais précédées par des éruptions congestives, eczémateuses ou lichénoïdes, que la couleur de la peau est peu changée, qu'il n'y a pas de démangeaisons, mais des douleurs, qu'il n'y a pas de résorption possible et que les tumeurs ne peuvent disparaître que par l'ulcération. L'évolution du mycosis est plus rapide et jamais on ne voit le sarcome, ni l'épithélioma, ni le carcinome produire aussi promptement des tumeurs volumineuses, mollasses et d'un rouge brique, semblables à des framboises ou à des tomates. Vidal ajoute que les tumeurs du mycosis siègent principalement au tronc et que le sarcome se développe plus souvent aux membres ; mais j'objecterai que le mycosis peut se développer dans toutes les régions. Dans des cas difficiles, d'ailleurs, il y aurait un moyen de lever toute difficulté de diagnostic en enlevant une tumeur et en faisant l'examen histologique ; la présence des globules lymphatiques et surtout celle du reticulum feront reconnaître le mycosis. Cette difficulté de diagnostic et la nécessité de l'examen histologique se rencontrent surtout dans les cas où les tumeurs mycosiques se développent sans avoir été précédées par des éruptions superficielles.

Il y aurait bien encore à faire le diagnostic entre le mycosis et les maladies désignées sous les noms de frambœsia et de pain; mais, comme ces dernières affections n'ont pas été observées dans nos climats et que je n'en ai jamais vu d'exemple, je ne crois pas devoir en parler.

Pronostic. — Le mycosis est une maladie grave et qui se termine ordinairement par la mort; jusqu'à présent, on ne possède qu'un exemple de guérison cité par Bazin, et encore on ne sait pas si la maladie n'a pas reparu plus tard. Mais l'évolution de cette affection est longue, il peut y avoir des intervalles assez prolongés d'amélioration, et les phénomènes cutanés peuvent même disparaître complètement pour un certain temps. Il ne faut donc pas se hâter de porter la désespérance dans les familles des malades atteints de mycosis. L'augmentation du nombre des tumeurs, leur ulcération, l'apparition des phénomènes généraux, et particulièrement des troubles digestifs, de la faiblesse et de l'amaigrissement progressifs, doivent faire penser à l'imminence d'une terminaison fatale.

Étiologie. — Il n'y a, jusqu'à présent, rien à dire de positif sur les circonstances qui peuvent amener le développement du mycosis; cette maladie a été observée à tous les âges, l'enfant dont Landouzy a donné l'observation était âgé de sept mois; je dirai cependant que, dans la plupart des cas, le mycosis s'est développé dans l'âge moyen, entre trente et cinquante ans. D'après les faits connus, le nombre des hommes atteints est plus considérable que celui des femmes; mais le nombre des malades observés est trop restreint pour qu'on puisse établir une statistique sérieuse. L'influence héréditaire paraît nulle. Quant aux causes efficientes, elles sont tout à fait inconnues.

Traitement. — On a essayé, contre le mycosis fongoïde, les médicaments qui constituent ce qu'on appelle les modificateurs généraux de l'économie, le soufre, l'ar-

senic, l'iode, ainsi que les reconstituants, tout a échoué; les moyens locaux ont été également de peu d'utilité. Dans les périodes initiales de la maladie, je crois qu'il serait sage de faire prendre aux malades des amers et des alcalins, et même des préparations arsenicales et particulièrement l'arséniate de fer, de traiter les éruptions par les bains émollients, par les cataplasmes de fécule et de riz, par les onctions avec des pommades légèrement résolutives, telles que celles à base d'oxyde de zinc et de calomel à faible dose. Plus tard, lorsque les tumeurs se développent, je serais d'avis d'avoir recours aux iodures de potassium ou de sodium, au chlorure de sodium; et, lorsque viennent les ulcérations, surtout lorsque apparaissent les phénomènes généraux, je conseillerais les toniques à l'intérieur, principalement les préparations de quinquina, et j'emploierais à l'extérieur, sur les parties ulcérées, des lotions avec l'alcool camphré étendu d'eau, avec l'acide phénique dilué, et je panserais avec l'onguent digestif, ou je me servirais de l'iodoforme en poudre ou en pommade. Vidal dit avoir employé, avec un certain avantage, les onctions avec une pommade contenant de l'acide pyrogallique au dixième ou au cinquième. Mais, en somme, la thérapeutique est seulement palliative, et on est encore à chercher une médication qui puisse avoir de l'influence, je ne dis pas pour guérir, mais pour entraver l'évolution du mycosis.

Nature du mycosis. — Dans l'impossibilité de placer le mycosis dans une des grandes classes pathologiques, Bazin avait d'abord considéré cette altération de la peau comme l'expression d'une diathèse spéciale qu'il avait appelée *diathèse* ou *cachexie fongoïde;* plus tard, en face des résultats de l'observation histologique, il considéra les tumeurs mycosiques comme des lymphadénomes cutanés, et il rattacha leur développement à l'existence d'une *diathèse lymphatique* qu'il proposa d'appeler *dia-*

thèse lymphadénique. Je n'ai rien à dire contre cette désignation, si l'on envisage la maladie sous le point de vue anatomo-pathologique pur ; tout le monde est d'accord sur ce point; mais je demande à faire quelques réserves relativement au point de départ de la maladie; car, s'il est évident que les tumeurs sont constituées par un reticulum lymphatique et par l'agglomération pathologique des cellules lymphatiques, et qu'elles peuvent coïncider avec le développement des mêmes altérations dans plusieurs points de l'économie, ce qui fait supposer l'existence d'une disposition générale morbide, d'une diathèse, on ne peut nier que, dans la plupart des cas, la maladie débute par des lésions communes et superficielles de la peau, dans lesquelles on ne retrouve aucun des caractères histologiques du tissu lymphatique. Je pense donc qu'il faut attendre encore avant de classer définitivement le mycosis fongoïde, lequel pourrait bien n'être, comme la dermite exfoliatrice, qu'une affection terminale d'autres maladies cutanées moins graves et plus superficielles.

6° Psoriasis.

Historique. — Parmi les maladies chroniques de la peau, le psoriasis est une des plus communes et des plus rebelles; pour l'ordre de fréquence, il se place après l'eczéma. Les anciens médecins grecs et latins ont-ils voulu désigner sous le nom de ψώρα notre psoriasis actuel? Cela est très douteux, et il est véritablement bien difficile aujourd'hui de distinguer les unes des autres les affections cutanées auxquelles ils avaient appliqué les noms de *psora* et de *scabies*. C'est encore à Willan qu'il faut arriver, pour trouver le mot psoriasis appliqué à une maladie de la peau bien précise et bien déterminée. Willan et Bateman, ainsi que les médecins français qui ont vulgarisé chez nous la doctrine dermatologique an-

glaise, Biett, Cazenave, Gibert, Devergie, plaçant le psoriasis dans le groupe des affections squameuses, ont décrit comme deux genres différents la lèpre vulgaire et le psoriasis, la première maladie étant caractérisée par des taches squameuses agminées de manière à figurer des dessins circulaires ou ovalaires avec un centre sain et des bords saillants, la seconde se présentant sous la forme de taches pleines, de forme variable. Une observation plus attentive a fait reconnaître que ces deux maladies existaient souvent simultanément sur le même sujet, qu'elles se transformaient même assez fréquemment; que, par conséquent, il n'y avait entre elles aucune différence radicale, et qu'elles ne se distinguaient que par la forme; aussi, à l'époque actuelle, sous l'influence de Bazin et de moi, on a rayé de la dermatologie le mot lèpre vulgaire, et l'on considère maintenant la maladie ainsi appelée par Willan comme une simple variété du psoriasis.

Alibert a donné au psoriasis le nom d'herpès squameux lichénoïde et l'a placé dans le groupe des dermatoses dartreuses, comme une des espèces du genre herpès. Par sa transmission héréditaire, par sa tendance à s'étendre, par ses récidives fréquentes, le psoriasis paraît, en effet, réunir les caractères des affections cutanées herpétiques, et je n'hésite pas à le placer parmi les éruptions dites dartreuses.

Willan admit onze espèces de psoriasis, d'après la considération de la forme, de l'étendue des squames et d'après le siège de l'éruption; ce sont : 1° le *P. guttata*, 2° le *P. diffusa*, 3° le *P. gyrata*, 4° le *P. palmaria*, 5° le *P. labialis*, 6° le *P. ophthalmica*, 7° le *P. præputii*, 8° le *P. scrotalis*, 9° le *P. unguium*, 10° le *P. infantilis*, 11° le *P. inveterata*. Bateman réduisit ces espèces à cinq, ne mentionnant pas le *psoriasis infantilis*, acceptant les *psoriasis guttata, diffusa, gyrata* et *inveterata*, et réunis-

sant sous le nom de *psoriasis localis* toutes les éruptions squameuses caractérisées par leur siège spécial. Je pense que, pour donner du psoriasis une description exacte et complète, il est bon de conserver ces dernières divisions, qu'on peut regarder comme classiques.

Définition, anatomie pathologique et symptomatologie générale. — Le psoriasis est une maladie caractérisée par des squames épidermiques blanches, argentées, épaisses, imbriquées les unes sur les autres, adhérentes à la peau et recouvrant une surface cutanée, épaissie, saillante et colorée en rouge brun foncé.

Le siège anatomique du psoriasis se trouve dans la partie la plus superficielle du derme et du corps papillaire. Gustave Simon, Hébra, Wertheim et surtout Neumann ont trouvé dans cette maladie une hyperhémie très prononcée du derme et du corps muqueux, les vaisseaux dilatés et sinueux, les papilles allongées et déformées par un rétrécissement à leur base, des proliférations cellulaires sur la paroi adventice des anses vasculaires et dans le corps muqueux, ainsi qu'une accumulation considérable des cellules qui forment le revêtement des follicules sudoraux et pileux. Les éléments cellulaires du corps muqueux s'accumulent, deviennent granuleux; d'autre part, les cellules cylindriques sont implantées sur le corps papillaire; et, au lieu de former une seule couche comme à l'état normal, elles sont disposées en deux, trois ou quatre rangées superposées. La formation rapide et abondante des squames peut être expliquée par ce fait que les cellules épidermiques sont formées non seulement par les cellules des papilles, mais encore par celles qui proviennent directement des glandes cutanées; de plus, ainsi que l'ont vu Vidal et Leloir, la couche cornée de l'épiderme, très épaissie, peut se diviser en deux zones, une superficielle, desquamante, l'autre profonde, dans laquelle les cellules encore vivantes, non

kératinisées et pourvues de leur noyau, peuvent se reproduire incessamment.

Le professeur Lang, d'Innsbruck (1), dit avoir trouvé dans le psoriasis un champignon qu'il regarde comme la cause de la maladie. Suivant lui, ce parasite siégerait dans une pellicule qui existe au-dessus du corps papillaire, sous l'épaisseur des squames, et qu'on peut mettre à découvert en enlevant aussi complètement que possible toutes les productions épidermiques. Sur des lambeaux de cette pellicule examinés au microscope, on apercevrait, au milieu d'épithéliums de différentes sortes, les filaments et les spores du parasite. Au congrès médical tenu à Copenhague en 1884, Lang a fait une communication sur l'existence de ce parasite, qu'il a proposé d'appeler *épidermophyton ;* il a été appuyé par le docteur Wolf, de Strasbourg, qui a rencontré également dans le psoriasis un parasite caractérisé par des spores volumineuses. Je ne puis me prononcer encore sur l'existence de ces productions cryptogamiques, qui pourraient d'ailleurs se développer secondairement ; mais j'aurai bien de la peine à accepter la nature parasitaire du psoriasis, maladie non contagieuse, souvent héréditaire et si récidivante.

Le psoriasis se présente sous la forme de points ou de plaques plus ou moins étendus, de configurations très variées. Ces plaques, saillantes au-dessus de la surface de la peau, sont formées par des squames grises ou blanches, quelquefois luisantes et comme argentées. Ces squames, qui ressemblent à des plaques de plâtre ou à des taches de bougie, deviennent promptement épaisses et sont constituées par des écailles épidermiques agglomérées et imbriquées les unes sur les autres. Les couches les plus superficielles de ces plaques se détachent quelquefois spontanément, soit sous forme de poussière,

(1) *Annales de dermatologie* en 1880, p. 326.

soit sous forme d'écailles lamelleuses, qu'on trouve sur les vêtements ou dans le lit des malades; par le grattage, on détache également ces écailles superficielles, qui tombent en poussière et qui laissent à la partie grattée une coloration blanche plus nette et comme micacée. Mais les squames, situées plus profondément, sont ordinairement adhérentes au derme et il faut un certain effort pour les arracher; quelquefois même, cette avulsion donne lieu à l'issue de quelques gouttes de sang et à la formation d'une légère excoriation.

Ces squames, qui forment une couche épidermique plus ou moins épaisse, reposent sur une surface cutanée saillante et rouge; cette coloration n'est pas toujours très apparente, à cause des écailles qui la recouvrent, mais elle se voit pourtant au pourtour des saillies squameuses, et elle s'aperçoit surtout lorsque, par le grattage, par des lotions ou par des frictions entreprises dans un but thérapeutique, les écailles épidermiques ont été enlevées. La couleur de la peau débarrassée des squames est ordinairement d'un rouge foncé, d'un rouge brun, qui rappelle parfaitement la coloration des éruptions de nature syphilitique, circonstance qu'il faut connaître pour éviter des erreurs de diagnostic assez communes. Outre la coloration et l'épaississement, la peau présente encore une sécheresse toute particulière, une absence complète de sécrétion, qui a fait donner au psoriasis le nom vulgaire de dartre sèche; dans les cas de maladies anciennes, il résulte de cet état de la peau des gerçures, des crevasses, quelquefois même des excoriations linéaires, qui surviennent surtout près des articulations et dans les endroits qui sont le siège de mouvements de flexion et d'extension; la peau, trop sèche, se casse et se fendille, comme un vieux morceau de cuir desséché qu'on cherche à courber.

Le psoriasis s'accompagne ordinairement de cuisson

et surtout de démangeaisons, lesquelles sont quelquefois assez vives pour empêcher le sommeil. Toutefois, la démangeaison n'est pas constante et il est certains malades qui n'en ressentent pas; cela existe souvent au début de la maladie; dans les psoriasis anciens, le prurit est ordinairement très vif. En même temps que se développe le psoriasis et même lorsqu'il occupe une grande étendue, il est habituel de voir la santé générale persister dans toute son intégrité; je pourrais même ajouter, avec une certaine apparence de raison, que le psoriasis est la dartre des gens forts et bien portants. Cependant cette règle n'est pas sans exception; lorsque la maladie dure depuis longtemps, et lorsqu'elle atteint des personnes d'un certain âge, on observe quelquefois, concurremment avec l'éruption, quelques troubles des fonctions digestives : l'appétit se perd, les digestions sont lentes et pénibles, il y a de la constipation ou une tendance à la diarrhée, les forces musculaires diminuent, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, et il survient un état véritablement cachectique, caractérisé principalement par la maigreur, la faiblesse générale et la langueur des fonctions.

Le psoriasis peut occuper toutes les parties du corps, mais il a une prédilection marquée pour certaines régions, et, particulièrement, pour la partie externe des coudes et pour la partie antérieure des genoux au-dessous de la rotule; c'est par là qu'il débute ordinairement, pour s'étendre ensuite aux différents points de la surface cutanée; quelquefois même, il n'existe d'éruption qu'aux coudes et aux genoux. La face est la région où la maladie se montre le plus rarement, et, lorsqu'il s'y développe quelques plaques, celles-ci sont peu saillantes et présentent souvent l'aspect pityriasique. Le cuir chevelu est plus souvent atteint, et il n'est pas rare de trouver sur la tête des plaques squameuses masquées incomplète-

ment par les cheveux, devenus d'ailleurs beaucoup moins épais. La tête est quelquefois le siège d'une large plaque grise unique, qui déborde un peu la surface pileuse, et qu'on peut apercevoir au front et à la nuque, sous la forme d'une couronne arrondie, saillante et grisâtre.

Le psoriasis ne se présente pas toujours sous le même aspect; la forme, la configuration, l'étendue des plaques squameuses, ainsi que le siège spécial et limité de l'éruption, constituent des variétés qu'on doit décrire. Relativement à la forme, on doit admettre cinq variétés véritablement classiques: 1° le psoriasis en gouttes (*psoriasis guttata*); 2° le psoriasis figuré ou circiné (*lepra vulgaris* de Willan et Bateman); 3° le psoriasis en bandes (*psoriasis gyrata*); 4° le psoriasis diffus (*psoriasis diffusa*) et 5° le psoriasis invétéré (*psoriasis inveterata*).

Le *psoriasis en gouttes* est caractérisé par de petites taches blanches, arrondies, légèrement saillantes, et semblables à des taches de bougie; leur dimension varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une pièce d'un franc; leur face supérieure est un peu grenue, et, lorsqu'on la gratte, elle se répand en poussière blanche comme le ferait une tache de bougie tombée sur un vêtement de laine et qu'on vient à frotter. Les gouttes de psoriasis se développent surtout aux membres, au dos et au ventre; c'est sous cette forme que la maladie se présente ordinairement au début; plus tard, elle affecte souvent un autre aspect par l'extension ou la réunion des petites plaques. Devergie a donné à la maladie le nom de psoriasis ponctué (*psoriasis punctata*) lorsque les squames sont très petites et apparaissent sous la forme de points saillants; il a également proposé d'appeler *psoriasis nummulaire* la variété dans laquelle les plaques plus larges et arrondies figurent une pièce de monnaie; ces formes ne méritent ni une dénomination ni une description particulières.

Le psoriasis guttata existe souvent sans aucune sensation de chaleur, de cuisson ou de démangeaison et sans trouble dans la santé générale; ce n'est véritablement, en apparence, qu'une affection locale, sans retentissement sur l'économie.

Dans le *psoriasis figuré* (*lepra vulgaris*), les squames de psoriasis sont développées et agminées de manière à représenter des figures, des dessins dont le centre est sain et dont les bords sont saillants; tantôt les squames décrivent des cercles parfaitement réguliers, tantôt des segments de cercle, des huit de chiffre, des fers à cheval, ou même des dessins géographiques. J'ai montré, dans mes cours, un malade qui présentait sur le dos un dessin psoriasique représentant à peu près la forme de la Grande-Bretagne avec l'Écosse en haut et l'Angleterre en bas.

Ces dessins, qui se rencontrent aux membres, mais plus spécialement au tronc, se développent quelquefois primitivement avec la forme circulaire ou irrégulière qu'ils conservent; mais le plus ordinairement ils se forment par la juxtaposition de petites gouttes de psoriasis, qui, d'abord séparées, se réunissent, soit par leur extension, soit par le développement de nouvelles taches intermédiaires et qui circonscrivent ainsi des espaces dont le centre reste sain. Quelquefois cependant, ce centre disparaît par le développement d'autres squames et la maladie prend l'aspect de psoriasis nummulaire ou diffus, suivant la dimension de la tache. Lorsque le psoriasis figuré disparaît, un travail contraire à ce qui a été observé se produit: la ligne s'interrompt d'abord par la disparition de quelques taches, puis le tracé s'efface en entier.

Le *psoriasis en cordon* (*psoriasis gyrata*) se présente sous la forme de lignes squameuses, soit droites, soit sinueuses, formées par la réunion de petites plaques en

gouttes qui s'ajoutent les unes au bout des autres de manière à figurer un véritable cordon étroit, plus ou moins long; cette variété est rare.

Le *psoriasis diffus* (*psoriasis diffusa*) est caractérisé par de larges plaques, arrondies ou irrégulières, disséminées sur les membres et sur le tronc; ces plaques viennent quelquefois d'emblée, le plus souvent elles résultent de la fusion de plusieurs taches plus petites qui finissent par se toucher et par se confondre par le fait de leur extension.

Le *psoriasis invétéré* (*psoriasis inveterata*) n'est que l'exagération du psoriasis diffus: la plus grande partie de la surface de la peau est alors envahie par de larges plaques squameuses épaisses, fendillées, qui recouvrent souvent tout un membre comme le ferait une écorce d'arbre. Dans les deux dernières variétés, la peau est épaissie, sèche, il s'y forme des gerçures, des excoriations, principalement près des articulations; la peau est le siège de cuissons, de démangeaisons, et, sous l'influence des grattages, il s'en détache des squames qu'on retrouve dans le lit et dans les vêtements des malades, en plus ou moins grande quantité. Les psoriasis diffus et invétéré se développent souvent après plusieurs récidives de psoriasis en gouttes ou nummulaire; ils offrent ordinairement une grande résistance aux moyens de traitement.

Le psoriasis affectant une des formes que je viens d'indiquer est répandu sur les diverses régions de la surface cutanée, en affectant, comme je l'ai déjà dit, une prédilection marquée pour la partie antérieure des genoux et la partie postérieure des coudes; mais dans certains cas, l'éruption est localisée et circonscrite dans quelques points, et tous les auteurs, depuis Willan, ont désigné ces psoriasis sous des noms indiquant le siège de la maladie; c'est ainsi qu'on a le psoriasis de la tête, des

paupières, de la paume des mains et de la plante des pieds, celui des ongles, du prépuce. Il est rare, toutefois, que la maladie soit réellement circonscrite à ces régions; presque toujours, en dehors de l'endroit spécialement affecté, on trouve dans quelques autres points des taches squameuses plus ou moins apparentes. Les psoriasis localisés apportent toujours une certaine gêne dans les mouvements et dans les fonctions des régions affectées; c'est ainsi que dans le psoriasis des paupières, ces replis sont secs, raides, et peuvent en se renversant au dehors constituer un ectropion. Dans le psoriasis palmaire ou plantaire, les squames sont souvent foliacées; l'épiderme, épais et dur, est le siège de crevasses douloureuses, au fond desquelles on aperçoit le derme rouge et saignant, laissant même quelquefois suinter un liquide séro-sanguinolent qui vient se concentrer en croûtes à la surface de la peau. Aux pieds et aux mains, les mouvements sont souvent très gênés par la dureté de l'épiderme et par la douleur; on voit des malades ne pouvoir se servir de leurs mains et d'autres qui sont condamnés à un repos absolu par l'impossibilité de marcher. Dans le *psoriasis inguium*, les ongles sont secs, épais, rugueux, cassants; entre la face interne de l'ongle et la partie de la peau sur laquelle il repose, il se forme un épais amas de squames épidermiques, qui soulève l'ongle et qui le rejette en dehors.

Dans la presque unanimité des cas, les plaques squameuses du psoriasis sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine; toutefois, dans une variété rare, la totalité de la peau est affectée et le psoriasis est dit général; cette forme survient quelquefois à la suite de plusieurs récidives de psoriasis disséminés, mais elle peut être primitive. Dans ces cas, les squames sont peu épaisses, non imbriquées, mais plutôt foliacées; elles sont peu adhérentes; la peau sous-jacente est rouge,

luisante et ridée; elle peut être le siège de douleurs et de cuissons très vives. Le psoriasis général se confond d'ailleurs avec ces états éruptifs qui ont été décrits sous les noms de *pityriasis rubra* (Devergie), de *pemphigus foliacé* (Hardy), et de *dermatite exfoliatrice* (Bazin).

Marche, durée, terminaisons. — Le psoriasis débute ordinairement par l'apparition de quelques plaques squameuses qui se montrent sous la forme de quelques points ou de quelques gouttes sur les membres, sur le tronc et principalement dans la région des coudes et des genoux; puis ces points se multiplient, s'élargissent, se réunissent et s'étendent sur toute la surface du corps en prenant une des formes décrites précédemment et en laissant presque toujours entre eux des intervalles intacts. Dans certains cas, comme je l'ai dit, le psoriasis reste borné au voisinage des coudes et des genoux, ou bien il se localise dans une des régions que j'ai indiquées, sans s'étendre ailleurs ou du moins en ne présentant dans d'autres parties du corps que des taches légères et peu apparentes.

Une fois développé, le psoriasis persiste ordinairement assez longtemps; quoi qu'en ait dit Devergie, qui a décrit un psoriasis aigu, cette maladie éruptive est de longue durée; il est rare que les squames disparaissent avant deux ou trois mois, et le plus souvent elles se prolongent bien au delà. Néanmoins, au bout d'un certain temps, soit spontanément, soit par l'effet d'un traitement convenable, les saillies diminuent d'élévation, les squames sont moins épaisses, elles se reproduisent avec moins de promptitude, la rougeur cutanée elle-même s'efface peu à peu et la peau reprend insensiblement son aspect normal, sans qu'il persiste aucune trace de l'éruption. A un moment donné on ne peut trouver aucun signe de la place occupée antérieurement par les squames; quelquefois cependant il reste d'une manière permanente quel-

ques plaques aux coudes et aux genoux. Mais la guérison est bien rarement radicale, et après un espace de temps variable, l'éruption reparaît avec ses caractères distinctifs, soit sous la même forme, soit sous la forme d'une autre variété. Ces récidives se répètent ainsi fatalement dans la presque unanimité des cas. L'intervalle qui les sépare est quelquefois seulement de trois ou quatre mois ; il est plus ordinairement de six à huit mois ou d'un an. Dans certains cas, la maladie ne reparaît qu'au bout de trois, quatre ou cinq ans; j'ai vu, mais rarement, l'intervalle entre deux récidives être de huit à dix ans. Chez quelques malades la réapparition des squames sporiasiques coïncide avec le retour d'une saison, soit avec le printemps, soit avec l'été ou l'hiver, et j'ai observé ainsi, assez souvent, de ces psoriasis périodiques dont on pouvait prévoir, à un moment donné, la naissance et la disparition. En général, à mesure que les récidives se renouvellent, l'éruption est plus étendue, plus intense et d'une durée plus longue. Chez les malades atteints de psoriasis depuis quinze ou vingt ans, il n'est pas rare de voir de temps en temps l'éruption varier d'intensité, augmenter dans certains moments, diminuer dans d'autres. mais sans jamais s'effacer complètement et sans que toutes les taches disparaissent. C'est à la suite de ces récidives répétées que la maladie revêt habituellement l'aspect du psoriasis invétéré : les membres et le tronc sont recouverts de squames épaisses et fendillées, et la peau ressemble à l'écorce inégale et crevassée qui recouvre certains arbres. C'est dans ces cas graves que la santé générale s'altère et que la mort peut venir terminer la maladie avec les symptômes propres à la cachexie.

Toutefois cette aggravation de la maladie à la suite de récidives successives n'a pas toujours lieu, et dans des cas plus heureux, l'éruption reparaît, même à plusieurs reprises, mais avec une moindre intensité et finit par

n'être plus caractérisée que par quelques squames aux coudes ou aux genoux. C'est là la véritable guérison du psoriasis, car quant à la terminaison de la maladie par une guérison radicale, il n'y faut pas compter.

Quelques médecins, et particulièrement Bazin, ont indiqué comme une des terminaisons possibles du psoriasis, l'asthme, la bronchite chronique et le cancer. Pour ma part, je n'ai pas constaté pour le psoriasis comme pour l'eczéma, la coïncidence de l'asthme et du catarrhe bronchique; mais j'ai vu assez fréquemment, chez des gens affectés de psoriasis, le cancer se développer, pour croire à un certain rapport de succession entre ces deux affections.

Diagnostic. — Le psoriasis se présente habituellement avec des caractères tellement tranchés qu'il est facile de le reconnaître à ses plaques squameuses, blanches, saillantes, sèches, imbriquées et bien délimitées, reposant sur un fond rouge. Néanmoins, dans quelques circonstances on pourrait le confondre avec le pityriasis, avec l'eczéma, le lichen, l'herpès circiné et avec certaines syphilides. Je vais indiquer rapidement les principaux caractères distinctifs de ces affections.

Le pityriasis, et particulièrement le pityriasis rubra, a quelque ressemblance avec le psoriasis; ces deux maladies s'accompagnent d'une sécheresse particulière de la peau et sont caractérisées par une sécrétion exagérée d'écailles épidermiques. Mais dans le pityriasis, les squames sont minces, peu adhérentes, non imbriquées; l'éruption siège particulièrement à la face, au cuir chevelu, au tronc, rarement aux membres et non spécialement aux coudes et aux genoux comme dans le psoriasis.

A sa dernière période et dans sa forme sèche, l'eczéma ressemble au psoriasis; mais, dans l'affection eczémateuse, les squames sont plus molles, plus minces, plus

lamelleuses, elles ne forment pas une saillie épidermique sur laquelle le grattage fasse apparaître un aspect nacré spécial; les limites de l'éruption sont moins accusées; et d'ailleurs, le plus ordinairement, à un moment donné, il y a eu, avant la période de sécheresse, une sécrétion séreuse ou séro-purulente caractéristique de l'eczéma. C'est surtout lorsque la maladie siège au cuir chevelu qu'il est quelquefois difficile d'établir la distinction entre le psoriasis et l'eczéma, le psoriasis du cuir chevelu s'accompagnant quelquefois de quelques gerçures et d'un léger suintement aux oreilles. Mais, dans le psoriasis, la couche squameuse est plus épaisse, plus blanche; on peut la gratter sans écorcher la peau, et d'ailleurs, en cherchant bien, on trouve presque toujours sur quelques points du corps quelques plaques squameuses évidemment psoriasiques.

Certaines formes de lichen circonscrit et surtout de lichen plan ressemblent assez au psoriasis nummulaire; cependant, dans le lichen, l'apparence squameuse est moins accusée, les squames sont moins saillantes et moins blanches, la peau est plus épaisse, plus ridée, plus gercée, et, dans les confins de la plaque éruptive, on rencontre quelquefois des papules évidentes, qui caractérisent suffisamment le lichen et qui le différencient d'une affection primitivement et constamment squameuse.

On a pu quelquefois hésiter entre un psoriasis circiné et un herpès circiné, à cause de la forme circulaire de l'éruption dans les deux affections; mais l'erreur sera facile à éviter si l'on fait attention que, dans l'herpès parasitaire, les squames sont minces, peu adhérentes, qu'elles ont été fréquemment précédées de vésicules ou de vésico-pustules, et surtout si l'on se rappelle que le cercle herpétique s'agrandit rapidement par une extension centrifuge qui ne s'observe pas au même degré dans

le psoriasis. Ces caractères différentiels sont assez tranchés pour qu'il soit le plus ordinairement inutile de recourir à l'examen microscopique des squames, lequel ferait cesser toute espèce de doute.

Mais c'est surtout avec les éruptions syphilitiques qu'on voit le plus souvent confondre le psoriasis : la couleur cuivrée de la peau au-dessous et autour des squames, l'absence de démangeaisons qui se rencontre quelquefois, sont des caractères sur lesquels on croit pouvoir se fonder pour admettre la nature syphilitique d'une éruption squameuse. Mais on devra savoir que, dans le psoriasis, les écailles sont plus épaisses, plus imbriquées, qu'elles ont aux membres un siège de prédilection ; tandis que dans les syphilides, la squame est plus mince, et on ne peut la gratter sans trouver facilement au-dessous d'elle la peau dure et épaissie. On devra savoir aussi que, dans la syphilis, la squame est bien rarement une lésion élémentaire, et qu'elle ne survient que comme une terminaison d'une éruption papuleuse ou tuberculeuse ; aussi, en cherchant bien, on trouve souvent, lorsqu'il s'agit de syphilis, à côté de la tache squameuse ou même dans une autre région, quelques papules ou quelques tubercules encore apparents. Dans les cas douteux, il faut d'ailleurs appuyer son diagnostic sur les antécédents, et surtout sur les phénomènes concomitants, qui ont une plus grande valeur, parce qu'on peut les apprécier exactement ; mais on se rappellera aussi qu'on voit quelquefois, sur le même sujet, coïncider la syphilis et le psoriasis reconnaissable alors par ses caractères bien tranchés d'éruption, de marche et de récidive. C'est surtout entre les syphilides squameuses des mains et des pieds et le psoriasis palmaire et plantaire que le diagnostic est difficile à établir. Dans ces cas, le psoriasis se reconnaîtra à la symétrie de l'éruption, existant des deux côtés à peu près avec la même

forme et la même intensité, à l'existence de quelques plaques sur d'autres points du corps, tandis que dans les affections syphilitiques, les squames sont plus lamelleuses; l'éruption est circulaire; de plus, à côté des squames, il existe souvent des cercles et des segments de cercles saillants formés de tubercules ou de papules agminées, à peine recouvertes par une production épidermique; enfin, j'insiste sur un caractère qui m'a souvent servi, c'est l'existence unilatérale de l'éruption spécifique, qui ne s'est développée que sur un pied ou sur une main, l'autre partie similaire étant restée saine, tandis que la symétrie est la règle dans les affections dartreuses. J'ajoute en terminant que, dans les cas douteux, on trouve dans le traitement spécifique un moyen de diagnostic d'une grande utilité et qu'on aurait tort de négliger.

Pronostic. — Le psoriasis n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'il ne compromet pas nécessairement la santé générale; mais c'est une affection pénible par son opiniâtreté et par la fatalité de ses récidives. Il n'est pas rare de voir certains individus qui en sont affectés tomber dans la mélancolie, vivre dans l'isolement et mener une vie très malheureuse. J'ai déjà dit d'ailleurs que les psoriasis anciens finissaient, quelquefois, par prendre droit de domicile sur la peau, qu'ils ne disparaissaient plus et qu'ils pouvaient amener un affaiblissement général, rendant les malades plus exposés aux influences mordides et impuissants pour résister aux affections intercurrentes.

Étiologie. — Le psoriasis est plus commun chez l'homme que chez la femme. Il peut se développer pour la première fois à tous les âges, même chez les jeunes enfants au-dessous d'un an; mais il est plus ordinaire de voir cette maladie apparaître dans l'âge adulte, de vingt à quarante ans. Lorsqu'on constate cette affection

chez des gens de trente à soixante ans, il s'agit habituellement de récidives; néanmoins, j'ai vu, chez quelques personnes, le psoriasis se montrer pour la première fois après cinquante-cinq et soixante ans. Aucune constitution, aucun tempérament ne sont à l'abri du psoriasis; néanmoins, il se développe peut-être plus particulièrement chez des sujets vigoureux, à tempérament sanguin, et ayant l'apparence de la plus belle santé générale.

Comme cause prédisposante indiscutable, je dois signaler l'hérédité; toutefois, cette influence n'est pas absolue, et, si l'on rencontre assez souvent l'existence d'une semblable maladie chez les ascendants des gens atteints de psoriasis, il ne faut pas croire qu'un psoriasique devra nécessairement avoir des enfants atteints de la même éruption. Sur trois ou quatre enfants nés d'un parent psoriasique, un ou deux seulement hériteront de cette fâcheuse disposition; quelquefois même tous les enfants y échapperont, et sous ce rapport le psoriasis est une maladie moins héréditaire que l'eczéma. Je ne pense pas que des parents eczémateux puissent produire des enfants psoriasiques; si l'on a émis cette proposition, il faut en chercher la cause dans la fréquence de l'eczéma; mais, après de nombreuses observations, je suis arrivé à penser que l'eczéma ne produit pas le psoriasis ni chez le même individu ni dans la même famille, et de même que le psoriasis ne prédispose pas à l'eczéma.

Certaines causes occasionnelles paraissent avoir une influence décisive sur la production du psoriasis et sur ses récidives : parmi ces circonstances je signalerai principalement un travail exagéré, les veilles prolongées, les excès de table, une nourriture trop excitante, et spécialement les émotions morales; j'ai vu fréquemment l'éruption du psoriasis apparaître à la suite d'une frayeur ou d'un chagrin.

Bazin professait que le psoriasis pouvait se développer sous l'influence de l'état constitutionnel auquel il donnait le nom d'arthritis, et il avait admis un psoriasis arthritique et un psoriasis herpétique : le premier, caractérisé par des plaques squameuses peu épaisses, quelquefois humides, ayant l'apparence scarlatiniforme et se développant avec la forme nummulaire, existant surtout aux parties découvertes du corps, particulièrement aux pieds et aux mains, et présentant pour symptômes subjectifs des picotements et des élancements. Le psoriasis herpétique, au contraire, existant sous forme de plaques sèches et épaisses occupant plus spécialement les coudes et les genoux, de là se généralisant sur toute la surface du corps et s'accompagnant de démangeaisons. Sans nier la coïncidence possible du psoriasis et des douleurs rhumatismales ou des symptômes de la goutte, je n'accepte pas les distinctions admises par Bazin et je ne les crois pas conformes à l'observation.

Traitement. — On ne peut pas être certain d'obtenir la guérison radicale du psoriasis ; dans le traitement de cette maladie il ne s'agit donc que de faire disparaître l'éruption et de faire en sorte qu'elle revienne le plus tard possible ; pour obtenir ces résultats, on doit avoir recours à une médication interne, à des moyens externes, à des précautions hygiéniques. En tête des agents de la médication interne, on doit placer les préparations arsenicales, soit les solutions de Fowler ou de Pearson, soit une solution aqueuse d'arséniate de soude formulée de manière à faire prendre chaque jour un centigramme ou un centigramme et demi de sel arsenical (eau distillée, 300 grammes ; arséniate de potasse, 10 centigrammes ; de deux à trois cuillerées à bouche par jour, en deux ou trois fois, administrées immédiatement avant les repas). Quoi qu'on en ait dit, l'arsenic est encore le moyen le plus puissant contre le psoriasis, et il agit certainement

pour effacer les taches squameuses et pour en retarder les récidives. On doit le continuer longtemps, jusqu'à la guérison de l'éruption en l'interrompant de temps en temps; et chez les malades qui ont déjà eu plusieurs poussées de psoriasis, il est même bon, en dehors des éruptions, de reprendre l'usage du médicament de temps en temps dans un but préventif. A côté de l'arsenic on doit placer la teinture de cantharides, vantée par Biett et Devergie et aujourd'hui à peu près abandonnée, et les préparations de phosphore que j'ai employées quelquefois avec avantage sous forme pilulaire, en donnant 2 ou 3 milligrammes de phosphore par jour (phosphore, 1 milligramme; huile d'amandes, 10 centigrammes; poudre de guimauve, Q. S. pour une pilule), mais que j'ai été presque toujours obligé d'abandonner à cause des phénomènes inflammatoires survenus du côté du tube digestif. On a encore conseillé l'iode, le mercure, le soufre, le goudron; ces médicaments sont sans action; j'en dirai autant des purgatifs, qui n'ont jamais donné de résultats favorables et qu'on ne doit pas employer. Chez certains malades, surtout chez ceux qui ont pris sans succès de l'arsenic, je me suis quelquefois bien trouvé de l'emploi des alcalins et particulièrement du bicarbonate de soude, à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Pour obtenir une éruption substitutive, pouvant favoriser la disparition du psoriasis, j'ai proposé d'employer contre cette maladie le baume de copahu, et j'en ai observé quelquefois de bons effets; malheureusement ce médicament est d'un usage peu commode, d'une part à cause de sa saveur désagréable, et d'autre part à cause de sa mauvaise réputation; d'ailleurs je confesse que ses effets sont très incertains; il constitue cependant une ressource thérapeutique qu'il ne faut pas oublier. En Amérique on a proposé de traiter le psoriasis à l'aide de l'acide chrysophanique, administré à l'intérieur, et quelques cas

heureux de cette médication ont été cités par les docteurs Burkley, Robinson, Piffard et Cerrier; mais l'action de ce médicament paraît des plus contestables, et je ne conseillerais pas son emploi (*Annales de dermatologie*, 1883, p. 724).

Dans le traitement du psoriasis les moyens topiques jouent un très grand rôle. Hébra et quelques médecins prétendent même que les moyens externes suffisent, et regardent comme inutiles les agents de la médication interne. Je ne saurais partager cette opinion : les topiques sont utiles, sont nécessaires même; mais, d'après mon expérience personnelle, j'ai vu les récidives se manifester plus promptement chez les malades qui ne s'étaient servis que de bains et de pommade que chez ceux qui avaient joint à la médication topique des moyens internes et surtout les préparations arsenicales. Parmi les topiques dont l'expérience a démontré l'efficacité, je mentionnerai tout d'abord les pommades au goudron ou à l'huile de cade, au dixième, au cinquième, au tiers ou à partie égale (axonge ou huile d'amandes, une partie ; goudron ou huile de cade, de un dixième à partie égale). Ces pommades sont classiques et on doit les employer en frictions assez rudes pour agir contre les plaques squameuses, qu'elles enlèvent et qu'elles effacent peu à peu de manière à rendre à la peau son aspect normal. Tout le monde est d'accord sur l'influence heureuse des pommades au goudron contre le psoriasis; mais elles offrent comme inconvénients graves de salir la peau et les vêtements des malades et d'avoir une odeur pénétrante très désagréable; aussi on a toujours cherché à leur trouver des équivalents ; c'est ainsi qu'on a essayé les pommades mercurielles (onguent citrin, 3 à 5 grammes; axonge, 30 grammes; proto-iodure de mercure, 1 gramme, axonge, de 30 à 60 grammes), les pommades sulfureuses, la pommade au chloral, la pommade à l'oxyde de zinc; ces différents

topiques peuvent quelquefois servir, mais ils ne valent pas le goudron ou l'huile de cade. On a vanté aussi les lotions rudes faites avec le savon noir étendu d'eau; Hébra les employait habituellement; je m'en suis servi quelquefois avec avantage, et il m'arrive souvent de prescrire aux psoriasiques de faire le soir une friction à l'huile de cade et de faire le matin sur les parties malades des lotions avec du savon noir étendu d'eau, lequel agit comme résolutif sur les squames et enlève l'odeur et la couleur du goudron employé la veille. Depuis quelques années on a cherché à remplacer la pommade au goudron par les pommades à base d'acide pyrogallique; cette substance, employée avec de l'huile ou de l'axonge, à la dose de 5, de 10 ou de 15 pour 100, est véritablement efficace; elle n'a pas d'odeur, mais on doit l'employer avec précaution; une quantité trop grande de ce médicament pourrait être suivie de symptômes graves d'empoisonnement, ainsi que cela a été démontré par les observations dues à Vidal et à Besnier. En Angleterre, en Allemagne et en Amérique on a employé également les frictions avec la pommade à l'acide chrysophanique, à la dose de 2 à 5 pour 100; mais cette substance produit souvent une irritation très grande de la peau, et son emploi peut donner lieu facilement à des accidents généraux, analogues à ceux produits par l'acide pyrogallique.

Comme adjuvants d'une médication plus active, on ne doit pas oublier les bains, soit les bains émollients au son ou à l'amidon, soit les bains rendus alcalins par l'addition de 125 à 250 grammes de sous-carbonate de soude. Il est rare qu'on se trouve bien des bains sulfureux; mais on a obtenu quelquefois de bons effets des bains de sublimé (sublimé, de 6 à 15 grammes; alcool, quantité suffisante pour dissoudre ; à ajouter à l'eau d'un bain). Quels qu'ils soient, les bains doivent être répétés tous les deux ou trois jours ou au moins une fois par semaine.

A propos des bains, je dois parler des eaux minérales, et tout d'abord je tiens à déclarer qu'il n'y a pas d'eau qui guérisse le psoriasis, c'est-à-dire qui puisse s'opposer aux récidives de cette maladie; mais comme les autres moyens thérapeutiques dont j'ai déjà parlé, les eaux peuvent être utiles pour hâter la guérison momentanée de l'éruption et peut-être pour en retarder la réapparition. Parmi les eaux minérales qu'on a vantées, je mentionnerai surtout les eaux de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, d'Ax, de Néris, de Schlangenbad; je conseille souvent et avec avantage les eaux de Louêche; j'ai vu les bains prolongés qu'on prend dans cette station servir à faire disparaître, au moins momentanément, des psoriasis étendus et rebelles. Depuis quelques années on a beaucoup vanté contre le psoriasis les eaux arsenicales de la Bourboule; on a même dit qu'elles étaient capables de guérir radicalement le psoriasis; je n'ai pas encore vu un seul fait qui m'autorise à croire à cette vertu souveraine des eaux de la Bourboule; mais par leur composition et par leur thermalité et à la condition qu'elles soient administrées avec prudence, elles peuvent être utiles et elles peuvent être conseillées sans inconvénients.

Dans le traitement du psoriasis, l'hygiène a une grande importance, et ses préceptes doivent être suivis avec une grande sévérité; les malades éviteront les fatigues et particulièrement les veilles; ils devront bannir de leur alimentation les aliments stimulants tels que le porc, les poissons, les coquillages, le gibier, les salaisons, les ragouts épicés; ils devront se priver de vin pur, de café et de liqueurs alcooliques. Je crois à l'efficacité de cette hygiène suivie non seulement pendant le traitement médical, mais encore continuée d'une manière habituelle après la guérison apparente de la maladie et dans le but de retarder les récidives.

b. De la scrofule. Des scrofulides.

Avant de commencer l'étude des scrofulides, je crois devoir tracer un tableau succinct de l'histoire de la scrofule, considérée d'une manière générale. En effet, pour bien comprendre l'évolution, la marche, le traitement des éruptions cutanées scrofuleuses, il est indispensable de connaître la maladie générale, constitutionnelle, qui est la cause primitive et essentielle de leur apparition. Je commencerai donc par faire un exposé de cet état morbide bien spécial, auquel on peut rapporter un grand nombre d'affections variables par leur aspect, par leur siège, mais semblables par leur origine et par leur nature.

De la scrofule.

Définition. — Le mot *scrofule* vient du mot *scrofa*, *truie*, les engorgements ganglionnaires, qui surviennent chez les scrofuleux, étant très fréquents dans l'espèce porcine.

La définition de la scrofule est très difficile à donner, à cause de la diversité de siège et de forme des affections qu'elle engendre. Cependant nous croyons pouvoir la définir : une maladie générale, diathésique, non contagieuse, habituellement héréditaire, donnant lieu à des affections soit simultanées, soit successives, ayant pour siège le plus habituel la peau, les membranes muqueuses, les ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire et les os, et caractérisées surtout par leur fixité, leur marche chronique, la tendance à la suppuration et à la destruction des parties atteintes. Cette définition est un peu vague, mais la scrofule ne se développant que par l'action d'une cause unique et spécifique, n'ayant aucun caractère anatomo-pathologique précis et ne présentant

aucun phénomène spécial et exclusif, il est impossible de la définir autrement que par l'énoncé des caractères principaux qui appartiennent habituellement aux diverses affections qui en dépendent et qui paraissent se développer sous l'influence d'une altération particulière de la nutrition, laquelle constitue une diathèse, c'est-à-dire, d'après l'acception classique de ce mot, une disposition morbide en vertu de laquelle se développent un grand nombre d'affections, d'aspect et de siège différents, mais de même nature.

Pendant longtemps toutes ces affections, qui font maintenant partie du domaine de la scrofule, étaient étudiées séparément comme des entités morbides distinctes, et on ne donnait le nom de scrofule qu'aux seules écrouelles. Au commencement du dix-huitième siècle, Sauvage et Bordeu furent les premiers à rapporter à la scrofule d'autres maladies que l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou; mais ce n'est que dans des temps plus rapprochés de nous et principalement sous l'influence de Lugol, qu'on a rattaché les diverses manifestations scrofuleuses à un lien commun, qu'on a fait ressortir leur parenté et qu'on a véritablement constitué la scrofule; et encore, comme je le dirai plus tard, bien des questions litigieuses restent à résoudre.

Symptômes. — J'ai dit que la scrofule n'avait pas de caractères anatomo-pathologiques propres; les lésions diffèrent avec les variétés pathologiques, mais sont ordinairement de nature inflammatoire; on rencontre aussi dans certaines affections les caractères histologiques de la tuberculose; j'aurai occasion de revenir sur ce dernier point, aujourd'hui à l'ordre du jour; mais je constate seulement qu'il n'y a pas à faire l'anatomie pathologique de la scrofule en général; cette maladie se caractérise surtout par son expression symptomatique. Mais, avant d'indiquer les diverses affections principales qui la com-

posent, je crois devoir présenter le tableau de l'habitude extérieure et de la santé générale des scrofuleux.

L'existence de la diathèse scrofuleuse, en dehors même des maladies qui lui sont propres, se révèle par un aspect extérieur des individus qui en sont atteints, par leur disposition morale et par l'état habituel de leurs principales fonctions. Chacun des caractères que nous allons indiquer n'a aucune valeur absolue, si on les prend isolément, mais leur réunion imprime aux malades une physionomie spéciale.

C'est ainsi que les scrofuleux présentent souvent un défaut d'harmonie entre les diverses parties constituantes du corps : la tête est trop grosse ou trop petite, le front est habituellement bas, les tempes sont aplaties; la face est pâle ou très colorée, mais les couleurs sont comme plaquées et la teinte rose vif ou violacée cesse brusquement, au lieu de se fondre insensiblement avec le reste de la peau; les traits sont gros, les lèvres sont épaisses, surtout la lèvre supérieure; les mâchoires sont larges, saillantes; le nez est épaté, gros à sa pointe et aplati à sa racine; les narines sont étroites et rendent difficile le passage de l'air à travers les fosses nasales; de là le ronflement pendant le sommeil et la nécessité d'avoir habituellement la bouche ouverte; les yeux sont souvent ternes, sans expression, la sclérotique est bleuâtre, les pupilles sont dilatées, les cils sont longs; on dit que les scrofuleux sont ordinairement blonds, mais souvent leurs cheveux sont noirs, et, quelle que soit la couleur, chez eux le système pileux est en général peu développé, les hommes ont peu de barbe.

Le défaut de symétrie se manifeste encore dans le reste du corps, la poitrine est souvent étroite et le ventre trop gros, les membres sont grêles, et, s'ils sont forts, les chairs en sont flasques; les articulations sont volumineuses, les mains et les pieds sont gros, les membres

sont souvent trop longs ou trop courts pour le reste du corps ; et quant à la taille de l'individu, elle est fréquemment ou très élevée ou très petite : les géants et les nains sont souvent scrofuleux.

L'accroissement du corps est ou très retardé ou trop rapide. En général, les scrofuleux arrivent plus tard à la puberté ; chez les jeunes filles, la menstruation est tardive, et elle commence par une dysménorrhée qui peut durer longtemps, et même pendant toute la vie menstruelle : la leucorrhée est habituelle ; chez les jeunes gens, les appétits vénériens arrivent tard, et habituellement ils sont peu développés.

Les scrofuleux présentent enfin très facilement les signes de la chloro-anémie : leur sang est décoloré ; il y a augmentation d'eau et diminution des parties solides, de la fibrine et des globules. De là, la pâleur de la face et la bouffissure que l'on rencontre assez souvent.

Quelques enfants scrofuleux se font remarquer par le développement de leurs facultés intellectuelles ; ils sont gais, vifs, et apprennent avec facilité ; mais chez d'autres, l'intelligence est assez bornée, et même elle peut être nulle. Le plus souvent ils sont mous, apathiques, et se fatiguent facilement ; ils se tiennent mal, et ils éprouvent fréquemment des lassitudes spontanées, non soulagées par le repos.

Du côté du tube digestif, on trouve fréquemment un appétit vorace, contrastant quelquefois avec une grande maigreur, ou une inappétence habituelle, principalement pour la viande ; et, comme le scrofuleux mange surtout avec plaisir des légumes, des fruits, du lait, il est difficile de fortifier sa constitution par une bonne nourriture. Chez plusieurs, il y a de temps en temps de la diarrhée qui alterne avec la constipation.

Je viens d'énumérer les principaux caractères généraux, qui appartiennent habituellement à la scrofule,

indépendamment des maladies qu'elle détermine ; je dois ajouter cependant que quelques scrofuleux présentent un aspect un peu différent et ont même une apparence de santé qui peut tromper au premier abord ; ils sont grands avec un certain embonpoint, souvent exagéré pour leur âge ; ils ont la peau blanche, le teint frais et coloré, les yeux grands et brillants avec de longs cils, mais ils se fatiguent facilement, ils ont peu d'énergie morale, leurs maladies sont longues et tendent à la chronicité. Ce sont ce que j'appelle de *beaux scrofuleux ;* et cette beauté spéciale se rencontre particulièrement chez les femmes, qui sont grandes, fraîches avec de belles couleurs, grasses avec des seins bien développés ; ce type particulier se rencontre principalement en Belgique, en Allemagne, en Pologne. On me dira que ce sont là des lymphatiques et non pas des scrofuleux ; l'objection est admissible, mais il est difficile de dire où finit le lymphatisme et où commence la scrofule, et ce qui est vrai c'est que les personnes qui présentent le type que je viens d'indiquer ont facilement quelque accident strumeux et qu'elles ont souvent des enfants incontestablement scrofuleux.

Affections scrofuleuses. — Les affections locales qui se développent sous l'influence de la scrofule, ou les *maladies scrofuleuses*, sont très nombreuses ; elles peuvent attaquer les différents tissus, envahir la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques, les os et même les viscères. C'est cette diversité de maladies secondaires, qui a amené les médecins à les observer séparément et à les regarder comme des entités morbides ; on a décrit séparément des arthrites, des ophthalmies, des ostéites, des adénites, etc., sans s'inquiéter de leur nature et du lien commun qui les unissait. Actuellement même encore, certains médecins continuent à considérer ces affections comme idiopathiques

et refusent de les rattacher à une disposition morbide générale. C'est au nom de la clinique qu'on doit réunir ces diverses affections et je vais en donner une courte description, n'ayant pour objet en ce moment que de donner un aperçu général de la scrofule. Je les indiquerai sucessivement d'après leur siège anatomique.

Affections scrofuleuses des muqueuses. — L'ophthalmie est un des symptômes les plus fréquents de la scrofule. Son début est ordinairement insidieux; il y a d'abord un peu de sensibilité de la vue, et le matin, au réveil, les paupières sont agglutinées. Bientôt le bord libre palpébral devient rouge, un peu tuméfié et quelquefois légèrement ulcéré; la sécrétion des glandes de Meibomius est exagérée; les cils tombent, et repoussent plus minces, souvent avec une mauvaise direction. L'inflammation peut s'étendre aux voies lacrymales et produire l'épiphora ou une tumeur lacrymale, qui plus tard amènera une fistule. La conjonctive palpébrale est affectée et se couvre de petites granulations, qui donnent au malade la sensation de grains de sable ou de graviers; la conjonctive oculaire devient rouge, et l'on y voit des faisceaux vasculaires étendus de la cornée à un angle de l'œil, à l'externe le plus souvent : à la partie interne de ce faisceau, on remarque quelquefois une petite pustule que quelques auteurs ont considérée comme un signe caractéristique de l'ophthalmie scrofuleuse. Les faisceaux vasculaires peuvent même se développer et former un ptérygion.

Lorsque l'inflammation gagne en profondeur, il se déclare de la kératite, il y a du larmoiement et de la photophobie; la cornée devient louche, il se forme à sa surface de légères ulcérations; souvent il y a une suffusion plastique ou purulente entre ses lames et, à la suite, surviennent une taie ou un albugo; la cornée ramollie peut donner naissance à un staphylôme; enfin, elle peut

se perforer, et alors on a des adhérences et une procidence de l'iris; l'œil même peut se vider et être réduit à son moignon. Toutefois, il est rare que l'ophthalmie scrofuleuse produise d'aussi graves lésions; le plus souvent, elle reste limitée aux bords libres des paupières, ou bien elle ne produit qu'une conjonctivite chronique ou une kératite superficielle.

Le coryza scrofuleux succède souvent à plusieurs coryzas aigus; il est caractérisé par de l'enchifrènement et par de la difficulté pour le passage de l'air dans les fosses nasales, le malade est obligé de respirer par la bouche; il y a un écoulement catarrhal abondant, qui s'écoule sur la lèvre supérieure, l'irrite et y produit souvent des exulcérations; le liquide se concrète souvent en croûtes, qui oblitèrent le conduit des fosses nasales, déjà diminué par le gonflement de la muqueuse. Cette muqueuse est rouge, fongueuse; elle peut s'ulcérer; les os eux-mêmes peuvent être attaqués. Ces ulcérations durent longtemps; elles produisent en abondance un muco-pus visqueux, épais, qui, par sa rétention dans les parties profondes des fosses nasales, donne cette odeur infecte qu'on rencontre dans la maladie désignée sous le nom d'ozène et de punaisie. Ces lésions ne sont accompagnées que d'une douleur obtuse et profonde, d'un sentiment de gêne dans la respiration, mais très souvent elles aboutissent à la perte complète et permanente de l'odorat.

L'otite externe débute ordinairement par un état aigu qui passe et persiste à l'état chronique; elle siège le plus souvent d'un seul côté. Elle est caractérisée par la tuméfaction du conduit auditif externe, par la sécrétion d'un liquide muco-purulent et par la surdité. Persistant très longtemps, quelquefois toute la vie, cette inflammation peut déterminer la perforation de la membrane du tympan, et une otite moyenne avec carie, chute des osselets,

et perte définitive de l'audition. L'otite moyenne coïncide souvent avec la carie du rocher, surtout avec celle des cellules mastoïdiennes.

Les individus scrofuleux sont sujets à des amygdalites fréquentes, qui laissent après elles une inflammation chronique, caractérisée par la rougeur et l'hypertrophie des amygdales; la rougeur s'étend souvent, ainsi que la tuméfaction, aux piliers antérieurs, à la partie supérieure du pharynx et à l'ouverture des trompes d'Eustache; la voix est gutturo-nasale, il y a du ronflement pendant le sommeil et il survient souvent de la surdité, même sans affection des organes de l'ouïe. Cette hypertrophie des amygdales peut même avoir de l'influence sur l'hématose et sur la santé générale. On ne doit pas omettre de signaler pour le pharynx et pour les fosses nasales ces ulcérations profondes et destructives qui ont été décrites dans ces derniers temps et qui ont été désignées sous le nom de scrofulides des fosses nasales et du pharynx; leur étendue, leur profondeur, leur résistance aux moyens de traitement en font des affections très graves.

La muqueuse du tube digestif est souvent le siège d'une inflammation légère; les scrofuleux ont de fréquentes indigestions accompagnées de coliques et de diarrhée. On rencontre souvent chez eux les affections vermineuses, non pas parce que les vers sont le résultat de la scrofule, mais parce qu'ils trouvent chez les scrofuleux un terrain favorable à leur développement; de même les parasites végétaux envahissent facilement leur enveloppe cutanée.

On trouve souvent chez les petites filles scrofuleuses la muqueuse de la vulve rouge, granulée, avec hypersécrétion des glandes vulvaires; il y a fréquemment chez elles un écoulement leucorrhéique abondant; le liquide, de nature muco-purulente, produit un prurit violent,

et détermine, par son contact irritant, de l'érythème aux parties environnantes; cette leucorrhée persiste longtemps, récidive facilement, surtout aux époques correspondant au travail de la dentition; elle se montre rebelle aux moyens topiques, le traitement local a besoin, le plus souvent, d'être aidé par une médication générale.

Les *affections des ganglions lymphatiques* sont le symptôme le plus fréquent de la scrofule, et le plus anciennement connu sous le nom d'écrouelles. Le siège le plus habituel se voit à la région cervicale; on peut cependant observer des affections semblables aux aisselles, aux aines, aux mamelles, et partout où il se trouve des ganglions.

Les ganglions lymphatiques peuvent être affectés de deux manières : ils sont hypertrophiés ou enflammés; ces deux formes se rencontrent, d'ailleurs, souvent simultanément ou successivement chez le même malade.

L'engorgement des ganglions, constitué par la sclérose du tissu conjonctif qui entre dans la composition des ganglions, par la formation d'îlots de tissu réticulé, et plus tard par l'état caséeux, est caractérisé par l'augmentation de volume des ganglions, qui acquièrent la dimension d'une cerise, d'une noix et d'un œuf de poule, sans qu'il y ait de douleur; ils sont durs, élastiques, et ne présentent pas habituellement d'adhérences à la peau. Ces ganglions hypertrophiés peuvent, par leur réunion, former des saillies énormes sur les parties latérales du cou; on a cru que ces tumeurs pouvaient, par leur pression sur les organes internes, causer des accidents graves, des hémorrhagies cérébrales par la compression des vaisseaux cervicaux, des névralgies par la pression sur les nerfs sensibles, de la dyspnée par la pression sur la trachée, l'asphyxie par la compression du nerf phrénique, etc.; ces accidents sont possibles, mais ils sont très rares; le plus souvent, ces tumeurs existent sans troubles

dans la santé. Elles persistent quelquefois indéfiniment, en constituant plutôt une difformité qu'une maladie. A un moment donné, elles peuvent diminuer par un travail d'absorption, soit spontané, soit résultant plutôt d'une médication convenable. L'inflammation peut aussi s'en emparer et donner lieu à la suppuration et à l'ulcération.

Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires sont primitifs : les ganglions se gonflent, sont douloureux, puis la résolution peut se faire; mais d'autres fois ils se ramollissent, la peau devient rouge, elle adhère à la tumeur, il se forme une ouverture qui donne issue à du pus, tantôt clair et séreux, tantôt épais, granuleux et caillebotté. Une fois l'ouverture formée, elle peut se refermer, mais elle ne tarde pas à se rouvrir, et il reste ordinairement une plaie fistuleuse plus ou moins grande, très lente à se cicatriser; très souvent plusieurs ganglions s'enflamment ainsi simultanément ou successivement, et il en résulte des plaies multiples, ayant le même caractère et la même marche chronique; quelquefois aussi la peau, amincie dans une assez grande étendue, s'ulcère, et il se forme des ulcérations longues à guérir. Les ulcères finissent cependant par se fermer, et l'on voit à leurs places des cicatrices déprimées, irrégulières, réticulées, présentant une forme caractéristique, qui peut servir plus tard à établir un diagnostic rétrospectif.

En dehors des ganglions lymphatiques, l'inflammation peut siéger dans le *tissu cellulaire;* elle se manifeste alors sous forme d'abcès se développant, soit dans le tissu cellulaire superficiel, soit dans le tissu situé plus profondément, souvent dans celui qui entoure les ganglions.

Ces abcès ont quelquefois une marche aiguë, mais le plus souvent leur marche est chronique; on les désigne alors sous le nom d'abcès froids. Les premiers ressemblent à de petits phlegmons; ils sont ordinairement su-

perficiels, ils forment de petites tumeurs aplaties ; la peau devient chaude, douloureuse, elle s'amincit, se perfore, et donne issue à du pus séreux, mal lié, renfermant quelquefois des pelotons de tissu cellulaire. Il arrive souvent que ces abcès se montrent par poussées successives, et quelquefois ils sont si nombreux qu'on les a regardés comme dépendant d'une diathèse purulente.

Le plus ordinairement, les abcès du tissu cellulaire ont une marche beaucoup plus lente; ils se développent sans inflammation apparente, et sans que les malades s'en aperçoivent Ils forment des tumeurs arrondies, molles, indolentes, recouvertes par la peau normale même lorsqu'ils sont superficiels. Quelquefois ils sont situés plus profondément, et alors leur marche est très insidieuse ; ils peuvent se terminer par résorption, mais le plus souvent, à un moment donné, ils passent à l'état aigu ; alors la tumeur augmente et devient douloureuse, la peau rougit, s'amincit, se perfore, et il sort du pus séreux, granuleux, mal élaboré ; les bords de l'ouverture sont amincis, décollés, et les parois du foyer purulent étant formées par une membrane pyogénique épaisse, la guérison est très lente. Les cicatrices qui succèdent aux abcès présentent la même forme caractéristique que celle des cicatrices des ganglions suppurés.

La scrofule peut attaquer *les os* de plusieurs manières : au niveau des articulations, elle produit des tumeurs blanches; dans la continuité des os, elle cause l'ostéite et quelquefois la nécrose.

La tumeur blanche, avec ou sans tubercules, est un accident très fréquent de la scrofule, elle attaque le plus souvent les grandes articulations; sa marche est très lente, elle se développe spontanément, ou après l'action d'une cause traumatique. Il y a d'abord une douleur sourde, augmentant dans les mouvements, puis de la tuméfaction, de l'empâtement et un épanchement articu-

laire, le plus souvent purulent. Plus tard, l'inflammation s'étendant aux parties molles, il survient des abcès et des fistules. La tumeur blanche guérit rarement sans laisser de traces; ordinairement elle se termine par une ankylose complète ou incomplète; elle peut amener des luxations spontanées, des déformations de l'articulation; et, par suite de suppuration prolongée, la mort peut survenir avec des symptômes de cachexie et de fièvre hectique.

L'ostéite scrofuleuse est aussi un accident fréquent; elle attaque principalement la colonne vertébrale, le sternum, les côtes, les petits os des pieds et des mains. Elle débute par une douleur sourde, profonde; bientôt on sent une tuméfaction qui s'approche lentement de la peau, se ramollit, et il se forme un abcès local ou migrateur. Après l'ouverture de l'abcès, on a une fistule plus ou moins profonde, et le stylet, lorsqu'on peut l'introduire jusqu'à l'os, donne la sensation propre à la carie. La carie scrofuleuse a une marche très lente, et elle peut entraîner la mort par l'abondance de la suppuration.

La nécrose scrofuleuse est rare; lorsqu'elle attaque le tibia ou le fémur, elle produit souvent ces séquestres invaginés, si difficiles à extraire, et qui peuvent causer la mort des malades épuisés par la suppuration.

La scrofule peut encore attaquer les viscères et produire le carreau ou l'affection des ganglions mésentériques, le testicule scrofuleux, l'engorgement des mamelles, la méningite tuberculeuse, la stéatose du foie, la dégénérescence amyloïde du foie et des reins, etc.; mais il nous suffit d'indiquer ces affections, leur description nous mènerait au delà de notre sujet actuel.

On a voulu rattacher à la scrofule plusieurs autres maladies, parmi lesquelles figure en première ligne la tuberculose. Lugol, le premier, a dit que le tubercule

était la lésion caractéristique de la scrofule (1), mais c'est surtout dans ces dernières années que cette question a été débattue, et que, sous l'influence de l'école anatomo-pathologique allemande, plusieurs médecins des plus distingués ont été d'avis que la scrofule n'existe pas, et qu'on doit la confondre avec la tuberculose.

Pour soutenir cette opinion, on s'est appuyé d'abord sur l'observation clinique qui démontre l'union fréquente de la tuberculose pulmonaire avec des accidents anciens ou récents, manifestement scrofuleux (2); mais on a fait valoir principalement les recherches d'histologie pathologique qui ont démontré l'existence de lésions tuberculeuses dans certains lupus, dans le pus caséeux de certains abcès, dans les granulations et les fongosités de certaines tumeurs blanches. C'est ainsi que Friedländer (3) et Koster ont rencontré dans le lupus de la peau, dans les bourgeons synoviaux des tumeurs blanches, ce qu'ils ont appelé un tubercule primitif composé d'une cellule géante entourée d'une zone de cellules épithélioïdes et, extérieurement, de nombreuses cellules embryonnaires en voie de formation épithélioïde et ont conclu que la scrofule et la tuberculose étaient identiques. En France, Charcot, Brissaud (4), Grancher se sont rattachés à la doctrine allemande et, pour eux, certaines affections considérées comme scrofuleuses, contenant un produit morbide semblable au tubercule naissant, auquel ils donnent le nom de *follicule tuberculeux* (Charcot), de *scrofulome* (Grancher) (5), ne sont que des maladies tuberculeuses; j'ajoute

(1) Lugol, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*. Paris, 1844.

(2) Besnier, *Annales de dermatologie*, 1883, p. 377.

(3) Friedländer, *Ueber locale Tuberculose* (Volkmann's, *Sammlung klinischer Vorträge*).

(4) Brissaud, *Nouveau dictionnaire de médec. et de chirurgie*, t. XXXII, art. SCROFULE.

(5) Grancher, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e sér., t. VIII, art. SCROFULE.

que plus récemment la découverte de bacilles tuberculeux dans le lupus, due à Demme, Pfeiffer, Doutrelepont, et, plus tard, dans les collections purulentes articulaires et ganglionnaires, est venue donner encore plus de force à cette opinion de l'identité de la scrofule et de la tuberculose.

Que penser de cette manière de voir et faut-il, comme le veut Germain Sée, rayer la scrofule du cadre nosologique et remplacer le mot scrofule par celui de tuberculose? Je m'empresse de dire que je ne le crois pas. Pour appuyer cette dénégation, je pourrais me retrancher derrière l'autorité incontestable de Cornil, qui déclare que l'identité de structure anatomique ne suffit pas pour prouver l'identité de nature d'un produit morbide, et que la présence de cellules géantes entourées d'une zone de cellules épithélioïdes ne doit pas permettre d'affirmer l'existence du tubercule, puisqu'on retrouve ces mêmes éléments anatomiques dans les gommes syphilitiques, dans les bourgeons charnus de certains ulcères, dans l'ostéite et l'ostéo-myélite, et même dans certains chancres du pénis, ainsi que l'a vu Koster; j'ajouterai même qu'on peut produire à volonté des cellules géantes, ainsi que l'ont fait Haindenhain, Ziegler, Weiss, en introduisant sous la peau et dans les cavités séreuses des corps étrangers, faisant l'office de corps irritants. Quant aux bacilles dont la présence dans les lésions scrofuleuses paraît être une preuve décisive de leur nature tuberculeuse, je pourrais dire que la valeur absolue de ces produits pathologiques est bien affaiblie depuis qu'on en a rencontré dans le liquide de l'hygroma (1), maladie aussi locale que possible, et certainement bien éloignée de la tuberculose. Mais je ne me place pas sur ce terrain de la négation absolue de la nature tuberculeuse de certaines

(1) Nicaise, *Communication à l'Académie de médecine*, 30 juin 1883.

lésions scrofuleuses ; j'avoue que sur ce point je me suis senti convaincu par les inoculations faites avec succès, et en séries suffisamment nombreuses, par Hippolyte Martin (1), de produits scrofuleux sur des lapins et des cobayes, morts consécutivement de tuberculose avérée et souvent généralisée ; il y a là la preuve que demandait Vidal pour se convertir à la doctrine de l'identité de la scrofule et de la tuberculose (2) ; j'admets donc qu'il existe de la matière tuberculeuse dans certains abcès froids, ganglionnaires ou autres, dans des tumeurs blanches, dans quelques lupus ; mais j'ajoute qu'on n'en trouve pas constamment et dans tous les cas d'abcès, de tumeurs blanches et de lupus. Bien mieux, la scrofule ne se manifeste pas toujours par des lésions graves, par des modifications profondes dans les tissus, telles que celles qui résultent de la présence des cellules géantes et de leur entourage ; on trouve incontestablement chez les scrofuleux des lésions inflammatoires des muqueuses, du tissu cellulaire, des ganglions lymphatiques, des os mêmes, et ces affections sont bien de nature scrofuleuse, car la clinique nous apprend qu'elles sont associées le plus souvent, soit simultanément, soit successivement, à des lésions plus profondes, et dans lesquelles on peut trouver de la matière tuberculeuse. C'est donc rétrécir d'une manière arbitraire le champ de la scrofule que de la circonscrire dans les affections tuberculeuses, et je proteste contre cette manière de voir plus doctrinale que pratique. Aussi pour moi, tout en admettant qu'on trouve des lésions tuberculeuses chez les scrofuleux et par le fait de la scrofule, je continue à admettre une différence radicale entre la scrofule et la tuberculose, la première étant une maladie diathésique, une disposition morbide,

(1) Hippolyte Martin, *Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule*, thèse de doctorat. Paris, 1879.

(2) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 mai 1881.

semblable à la goutte et à la syphilis, susceptible de se manifester par des lésions différentes par leur siège, par leur constitution anatomique, mais relevant d'une cause commune inhérente à l'individu, l'autre étant une maladie susceptible de se généraliser, il est vrai, mais ne donnant lieu à la naissance et à l'évolution que d'un seul produit morbide : le tubercule. On voit là la différence classique qui existe entre la maladie diathésique constitutionnelle et la maladie organique donnant lieu exclusivement à un produit morbide unique. Je persiste donc à considérer la tuberculose et la scrofule comme deux genres nosologiques distincts, tout en admettant, ce que la clinique démontre surabondamment, que la scrofule dispose à la tuberculose, et que le scrofuleux constitue un terrain très favorable au développement du tubercule. Pour me résumer, je dirai que d'un côté, comme la scrofule comprend des maladies dans lesquelles il est impossible de découvrir des produits tuberculeux, que de l'autre côté, comme la tuberculose peut se développer chez des sujets qui n'ont jamais présenté de phénomènes se rattachant à la scrofule, je persiste à penser que la scrofule et la tuberculose ne doivent pas être confondues, et qu'on ne peut considérer ces deux états morbides comme une seule et même maladie.

Sans qu'il soit besoin d'une discussion préalable, j'élaguerai le cancer des affections strumeuses; il peut trouver, chez le scrofuleux, une organisation favorable à son développement, mais il n'est pas produit directement par la scrofule.

On a encore souvent réuni la scrofule et le rachitisme, mais ce sont deux maladies bien distinctes. Le rachitisme, dépendant d'une altération spéciale de la nutrition, arrive dans l'enfance, n'attaque que les os, les déforme et les incurve sans produire ni carie, ni nécrose, ni tumeur blanche; la scrofule est une maladie de toute la vie;

elle attaque presque tous les tissus, et, dans les os, elle produit la carie, la nécrose. Il est donc impossible de les confondre, puisqu'elles n'ont ni la même origine, ni la même nature, ni les mêmes lésions.

Nous serons moins affirmatifs relativement au goitre : si, d'un côté, on voit quelquefois des goitreux qui ne sont pas scrofuleux, de l'autre, le goitre et la scrofule sont endémiques dans les mêmes pays, et très souvent on rencontre chez les goitreux des affections scrofuleuses ou au moins les signes généraux de la diathèse strumeuse.

Marche, durée. — La scrofule a une marche très lente ; c'est une maladie chronique à longues périodes. Elle dure autant que la vie; on naît et on meurt scrofuleux ; la maladie constitutionnelle ne s'éteint qu'avec l'individu. Il n'en est pas de même de ses manifestations ; ces dernières, après avoir duré un temps toujours assez long, sont susceptibles de guérir, et l'individu peut rester une ou plusieurs années sans présenter la même affection ni une autre de la même nature; il peut même arriver qu'il n'ait plus jamais de manifestations scrofuleuses. D'autres malades, au contraire, après un temps plus ou moins long, à l'occasion d'une cause accidentelle ou spontanément, seront atteints d'une conjonctivite, d'une carie scrofuleuse, etc. Ces maladies ont aussi une durée très longue, mais elles sont curables, tandis qu'on ne peut que modifier la diathèse sans la faire disparaître complètement.

La marche de la scrofule semble être un peu influencée par les saisons ; ainsi les manifestations du côté des muqueuses sont plus fréquentes l'hiver, tandis que les scrofulides se montrent particulièrement au printemps.

Pour mettre de la clarté au milieu des nombreuses affections qui sont sous la dépendance de la scrofule, quelques auteurs ont cherché à les ranger dans un certain

ordre d'évolution. Ainsi Bazin a divisé la marche de la scrofule en quatre périodes: la première renfermerait les scrofulides superficielles et les affections muqueuses catarrhales; la seconde, les scrofulides profondes; la troisième, les tumeurs blanches, les caries et les abcès par congestion; la quatrième, les affections viscérales scrofuleuses, attaquant les poumons, le cerveau, le péritoine, les intestins, les ganglions mésentériques, les reins, etc. (1). Il est vrai que l'on observe quelquefois cet ordre dans le développement des maladies scrofuleuses, mais il y a de trop nombreuses exceptions pour qu'on puisse l'admettre d'une manière absolue; souvent c'est la maladie la plus grave qui commence; on voit quelquefois en même temps deux maladies de périodes différentes; enfin, la scrofule peut ne se manifester que par une seule affection, une tumeur blanche par exemple. Et ne voit-on pas fréquemment la méningite tuberculeuse, considérée par Bazin comme une affection de la quatrième période, apparaître chez de jeunes enfants qui n'ont encore présenté aucun symptôme de maladie scrofuleuse ou qui n'ont eu que quelques affections catarrhales?

Quelques auteurs, parmi lesquels je citerai Velpeau, considèrent l'engorgement des ganglions lymphatiques, comme étant toujours consécutif aux éruptions cutanées ou aux affections muqueuses, et comme ne se développant jamais primitivement et spontanément. Les ganglions peuvent, il est vrai, s'engorger, s'enflammer et suppurer après une scrofulide, comme à la suite d'une plaie, par la propagation de l'inflammation au moyen des vaisseaux lymphatiques; mais on a vu trop souvent des individus avoir les ganglions engorgés, quoique n'ayant jamais présenté aucune éruption cutanée, pour ne pas admettre que l'engorgement puet être spontané et primitif.

(1) Bazin, *Leçons théoriques et pratiques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports*, 2e édition. Paris, 1861.

Terminaisons. — J'ai dit que la scrofule était une maladie constitutionnelle, durant autant que l'individu, aussi je ne crois pas que l'on puisse la guérir complètement; on peut modifier la constitution, éloigner ou empêcher les manifestations scrofuleuses, mais non pas faire disparaître la scrofule. Quant aux affections qui se développent sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, elles peuvent se terminer par la guérison; mais il faut bien savoir que le plus souvent, après un intervalle plus ou moins long de bonne santé, on voit la maladie reparaître, soit sous la même forme, soit au même siège, soit sous une forme ou dans des sièges différents.

La mort peut arriver de plusieurs manières : elle peut être due à la marche progressive de la maladie, par l'altération générale de toutes les fonctions principales, qu'on peut appeler la cachexie scrofuleuse; la peau devient grise, terne; il y a de l'inappétence, de la fièvre accompagnée d'un peu de diarrhée et de sueurs peu abondantes; il y a de l'amaigrissement, mais d'une manière peu marquée; en même temps, il se fait des épanchements dans les plèvres, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, et les malades succombent dans un état d'épuisement profond. Plus souvent, la mort est due à une complication : nous citerons la méningite, survenant à la suite d une carie du rocher, l'hémorrhagie consécutive à une ulcération, etc. ; cette terminaison peut être produite par une maladie intercurrente, surtout par la tuberculose pulmonaire ou abdominale, ou par toute autre maladie qui trouve le malade dans de mauvaises conditions et offrant moins de résistance à une affection accidentelle.

Complications. — La scrofule peut se compliquer d'un certain nombre de maladies, qui exercent une influence favorable ou défavorable sur ses manifestations. C'est ainsi que l'érysipèle se montre très souvent chez ceux qui présentent des affections cutanées; il est habituelle-

ment d'une très grande bénignité, et on l'a vu souvent déterminer l'amélioration et même la guérison d'affections cutanées anciennes. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde jouent souvent le même rôle salutaire; d'autre part elles sont fâcheuses, la rougeole surtout, parce qu'elles favorisent le développement de la tuberculose et ce fait n'avait pas échappé à l'observation de Lugol. J'ajouterai que chez les scrofuleux les fièvres éruptives ont habituellement une gravité exceptionnelle; l'éruption est intense et les phénomènes fébriles sont très accusés.

La syphilis, qui survient chez des individus scrofuleux, est généralement plus grave et plus difficile à guérir; elle peut être l'occasion du développement des manifestations scrofuleuses ou en causer la récidive. Ces deux maladies cependant restent toujours distinctes; on peut facilement faire la part de chacune sur le même sujet, elles ne se fusionnent pas, comme le veulent certains auteurs, pour produire des accidents mixtes. On voit souvent chez les scrofuleux se manifester la forme maligne de la syphilis, caractérisée par l'apparition précoce des accidents qu'on n'observe ordinairement qu'à la troisième période et plusieurs années après le début de l'infection.

Le favus se rencontre très souvent chez les sujets scrofuleux, mais ce serait une erreur grave de le considérer comme un accident strumeux; ces deux maladies sont de nature tout à fait différente. Nous dirons seulement que le parasite de la teigne, comme tous les autres parasites d'ailleurs, trouve chez les scrofuleux un terrain qui se prête à son développement et à sa propagation.

Diagnostic. — Si chaque manifestation de la scrofule a ses caractères particuliers, on doit savoir qu'il existe des caractères généraux qui se retrouvent dans toutes les affections scrofuleuses. Ces caractères doivent être étudiés d'abord relativement au siège. Ainsi un engorgement des

ganglions lymphatiques, une affection osseuse, doivent faire immédiatement soupçonner la nature scrofuleuse de la maladie, tant il est fréquent de rencontrer la scrofule comme origine des affections siégeant dans les ganglions lymphatiques ou dans les os.

L'aspect des ulcérations présente surtout quelque chose de spécial : quel que soit le point de départ d'une plaie scrofuleuse, qu'elle soit consécutive à une lésion de la peau, d'une membrane muqueuse ou du tissu osseux, elle présente un aspect particulier : sa surface est pâle, blafarde ; ses bords sont amincis, décollés et ce dernier signe est important, car il manque ordinairement dans les ulcérations de nature syphilitique : ces plaies existent sans douleur, sans prurit, sans signe d'inflammation locale ; enfin la sécrétion elle-même a des caractères spéciaux : le pus, au lieu d'être blanc, épais, crémeux comme dans le phlegmon suppuré, est peu coloré, séreux, mal lié, et il contient des grumeaux, des débris de tissu cellulaire ; quelquefois même on trouve au milieu du liquide purulent quelques esquilles osseuses.

Les cicatrices elles-mêmes peuvent servir au diagnostic ; celles qui succèdent aux maladies scrofuleuses sont ou déprimées, irrégulières, réticulées, comme celles des brûlures, ou bien enfoncées, en *cul de poule*, lorsqu'elles sont consécutives à des abcès ou à des fistules dépendant de lésions osseuses ; ou bien encore elles sont saillantes, tantôt pédiculées, tantôt volumineuses, blanches ou rougeâtres et constituant une des variétés de la kéloïde.

La marche des affections scrofuleuses est essentiellement chronique ; elles ont une tendance à se perpétuer à la région où elles se développent, et à rester sous la même forme pendant très longtemps. Ce caractère peut servir à distinguer ces affections de celles qui ont la syphilis pour origine, lesquelles ont, au contraire, pour caractère de changer souvent de forme et de siège.

Les phénomènes antécédents et les accidents concomitants sont encore très utiles pour établir le diagnostic; souvent les différents caractères de la maladie ne sont pas assez nets pour faire reconnaître sa nature, et alors une manifestation antérieure, comme une ophthalmie scrofuleuse ayant laissé une taie sur la cornée, ou une lésion concomitante, telle qu'une tumeur blanche, viendra éclairer le diagnostic, en rapprochant l'affection douteuse de la maladie passée ou présente, dont le caractère est ou a été très tranché.

Pronostic. — Le pronostic de la scrofule est grave: c'est une maladie qui dure toute la vie, qui a des manifestations à longue durée, souvent mortelles, ou pouvant laisser après elles des difformités et des cicatrices indélébiles. Elle est grave encore, parce qu'elle est susceptible de se transmettre par hérédité, parce qu'elle constitue une disposition fâcheuse à une foule d'accidents, surtout pendant l'enfance, et parce qu'elle crée, dans certaines familles, un véritable vice pathologique, qui peut se retrouver d'une manière malheureuse dans de nombreuses circonstances.

La scrofule n'a pas toujours cependant une gravité aussi grande; certains scrofuleux peuvent vivre longtemps, et ne présenter que des accidents légers. Le pronostic variera d'ailleurs, selon un grand nombre de circonstances; ainsi la scrofule acquise est moins grave que celle qui est héréditaire; celle qui arrive tardivement est souvent plus grave que celle qui a débuté dans l'enfance, parce qu'elle peut commencer alors par une lésion osseuse. La scrofule à marche rapide et progressive est plus grave que celle dont la marche lente permet à la thérapeutique d'enrayer la maladie. Le pronostic est très grave, lorsque l'amaigrissement avec bouffissure, les épanchements dans les séreuses, la fièvre hectique se déclarent et annoncent une lésion viscérale, ou au moins

une altération profonde dans la nutrition. Enfin il varie selon les complications : ainsi nous avons dit que l'érysipèle, les fièvres éruptives pouvaient être favorables, tandis qu'on comprend combien sont redoutables les maladies du poumon, des intestins, des ganglions mésentériques et même celles du tissu osseux, avec désorganisation des parties molles environnantes, suppuration abondante, et surtout avec lésions tuberculeuses.

Étiologie. — L'étiologie de la scrofule est très intéressante à étudier, car à ce sujet se rattachent de grandes questions sociales, relativement au mariage, aux enfants, à l'hygiène publique, et aussi à la thérapeutique et à la prophylaxie.

On peut diviser l'étiologie en deux parties, la première comprenant les causes de la scrofule, et la seconde les causes des manifestations scrofuleuses.

A la tête des causes de la scrofule, nous devons placer l'hérédité, car c'est la cause la plus commune, celle que l'on rencontre presque toujours. L'hérédité peut venir des deux parents qui sont scrofuleux, ou d'un seul; dans ce dernier cas, le père a beaucoup plus d'influence, et si c'est lui qui est scrofuleux, il y aura plus de chance pour que les enfants soient atteints de la maladie. Cette influence plus grande, exercée par le père sur le produit de la conception, ne doit pas étonner : c'est la même influence que l'on remarque dans le croisement des races des animaux, où les mâles jouent un rôle bien plus important que les femelles.

Tout en signalant cette influence de l'hérédité, nous ajouterons cependant que tous les enfants nés de parents strumeux ne sont pas nécessairement scrofuleux, même lorsque le père et la mère le sont ; quelques-uns peuvent échapper à cette influence, qui s'affaiblit encore lorsqu'un seul parent est affecté de la scrofule.

Pour donner naissance à des enfants scrofuleux, il

n'est pas nécessaire que les parents eux-mêmes soient affectés de cette même diathèse; il suffit qu'ils soient affaiblis par une cause quelconque. Ainsi des parents de constitution délicate, ceux qui ont un tempérament lymphatique trop prononcé, ceux qui sont affaiblis par une maladie chronique, comme par le cancer ou les tubercules, enfin tous ceux qui ont une altération profonde de la nutrition, peuvent donner naissance à des enfants scrofuleux.

Pour la même raison, des parents trop âgés, tous les deux ou un seul, peuvent produire des enfants scrofuleux, et cela, lorsque les premiers-nés engendrés plus tôt sont exempts de cette maladie. Il en est de même pour les parents trop jeunes, dont les premiers enfants sont atteints de la scrofule, tandis que les autres sont d'une bonne santé. C'est surtout aux deux degrés extrêmes de l'échelle sociale que l'on rencontre l'influence de cette cause : dans les familles princières, où les mariages se font souvent entre les personnes trop jeunes, et dans les classes inférieures, où les unions, souvent trop précoces, produisent ces enfants scrofuleux, qui vont encombrer plus tard les établissements charitables.

Dans certains cas, on rencontre des enfants scrofuleux, et les parents semblent jouir d'une très bonne santé; mais souvent alors, les parents sont atteints plus tard; on voit là ce qui arrive quelquefois pour la phthisie pulmonaire : des enfants sont frappés de cette dernière maladie, et quelques années plus tard le père ou la mère, jouissant jusque-là d'une bonne santé, succombent aux suites d'une tuberculisation. Dans ces différents cas, les enfants avaient reçu de leurs parents une prédisposition, qui s'est développée plus tôt chez eux que chez leurs auteurs, souvent par l'influence des causes accidentelles.

Les mariages consanguins, entre oncle et nièce, entre

tante et neveu, entre cousins germains, sont encore une cause de la scrofule qu'on peut invoquer. On a cru remarquer que les enfants issus de ces unions étaient assez fréquemment idiots, épileptiques, sourds-muets ou scrofuleux.

Quelques auteurs ont encore admis que des parents idiots, épileptiques ou syphilitiques pouvaient produire des enfants scrofuleux. Cela n'est peut-être pas vrai d'une manière absolue ; mais ces différentes maladies, et particulièrement la syphilis, peuvent amener une détérioration telle de la constitution, que les parents se trouvent alors dans les conditions d'affaiblissement signalées plus haut.

Les nourrices scrofuleuses peuvent encore être une cause du développement de la scrofule chez les enfants ; nous trouvons là un exemple de l'influence qui se fait sentir sur le tempérament, sur la santé, et même sur le caractère des enfants, par le fait de la première alimentation.

D'après ce qui précède, on voit que l'hérédité est la cause la plus fréquente de la scrofule ; mais cette maladie n'est pas toujours héréditaire ; et je ne partage pas, sur ce point, l'opinion exclusive de Lugol (1), qui admettait cette cause dans tous les cas, et qui, pour faire plier les faits à ses idées théoriques, expliquait par l'adultère les cas exceptionnels en apparence, dans lesquels les parents légaux étaient complètement exempts de la maladie qui affectait les enfants. L'hérédité est donc la cause la plus fréquente de la scrofule, mais elle n'est pas la seule.

La scrofule peut être acquise, et parmi les causes qui peuvent la développer, nous trouvons celles qui agissent

(1) Lugol, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 60. Paris, 1844.

sur toute l'économie : ainsi la misère, qui force à habiter un logement insalubre, à vivre avec une nourriture insuffisante, peut rendre scrofuleux des enfants nés bien portants et sans prédisposition morbide spéciale. L'humidité joue aussi un grand rôle : dans certains pays froids et humides, la scrofule est endémique, et l'observation fait voir qu'on la rencontre plus souvent dans les vallées que sur les montagnes. La privation d'air libre, la réclusion ont une influence fâcheuse sur les enfants et sur les jeunes gens dont le développement n'est pas terminé ; et l'on voit souvent la scrofule se développer dans les prisons, surtout dans celles qui renferment des enfants ou des adolescents.

La contagion de la scrofule avait été admise par quelques auteurs anciens, mais cette opinion, qui est encore reçue dans le monde, est complètement abandonnée par les médecins ; nous n'avons pas besoin de nous y arrêter.

Après avoir indiqué les causes principales de la scrofule, nous avons maintenant à parler des circonstances qui peuvent influer sur l'évolution de la maladie, qui peuvent faire naître ses diverses manifestations. En première ligne, on trouve l'âge : les affections scrofuleuses se manifestent souvent pour la première fois de deux à cinq ans ; elles sont fréquentes de cinq à quinze ans, et vont en diminuant dans les années qui suivent. Cependant on peut en voir survenir chez des individus âgés de quarante et même de soixante ans, qui n'ont jamais eu d'antécédents scrofuleux. M. Dumoulin a fait un bon mémoire sur les manifestations tardives de la scrofule (1). Le plus souvent cependant, passé dix-huit ou vingt ans, ces accidents surviennent chez des sujets déjà

(1) Dumoulin, *De quelques lésions tardives de la scrofule chez es vieillards*, thèse de Paris, 1854.

atteints antérieurement d'un ou de plusieurs symptômes de la même maladie. L'âge peut avoir encore de l'influence sur le siège des manifestations scrofuleuses : dans l'enfance, ce sont surtout les yeux et les membranes muqueuses qui sont attaqués ; plus tard, les ganglions lymphatiques sont affectés ; et, dans l'âge adulte, on rencontre plus souvent des lésions osseuses. Toutefois, il n'y a rien d'absolu dans cette proposition, et l'on voit fréquemment cet ordre interverti, souvent aussi la maladie sévit simultanément sur plusieurs systèmes.

On rencontre la scrofule avec tous les tempéraments ; cependant je dois signaler l'influence fâcheuse du tempérament lymphatique, que l'on rencontre presque constamment chez les scrofuleux.

La scrofule attaque les deux sexes, mais elle semble être un peu plus fréquente chez les femmes, peut-être parce que leur constitution est habituellement plus faible. Les femmes présentent plus souvent des ophthalmies et des scrofulides, tandis que les hommes paraissent plutôt atteints de tumeurs blanches, d'abcès froids, d'ulcères et de caries osseuses.

On doit encore signaler certaines époques de la vie comme pouvant avoir de l'influence sur l'apparition des manifestations scrofuleuses ; ainsi dans l'enfance, nous les voyons souvent naître pendant le travail de la dentition. Beaucoup d'auteurs ont signalé la guérison des accidents scrofuleux au moment de la puberté ; c'est un fait qui a été constaté quelquefois, mais, souvent aussi, c'est l'inverse que l'on observe : principalement chez les enfants dont le développement est tardif, la puberté produit un accroissement rapide, qui les affaiblit et les fait tomber dans un état de langueur favorable à l'apparition des manifestations scrofuleuses.

Certaines maladies jouent encore un certain rôle dans l'apparition des accidents de la scrofule ; c'est ainsi

qu'on les voit souvent se développer après la rougeole ou après la coqueluche. D'autres affections ont un autre mode d'action : ainsi, consécutivement à l'eczéma et à l'impétigo de la tête, il existe fréquemment un engorgement inflammatoire des ganglions cervicaux ; chez les sujets scrofuleux, cet état peut persister après la guérison de la maladie cutanée et devenir alors une manifestation de la scrofule. Il en est de même d'une plaie, et de toute cause d'inflammation des ganglions lymphatiques ; une fois engorgés, ces ganglions peuvent persister dans leur tuméfaction, et la scrofule devient apparente.

Enfin, on a vu les manifestations scrofuleuses apparaître après une vive émotion, après une fatigue, après un refroidissement ou après la suppression des règles, et même après un coup ou toute autre cause traumatique. Toutes ces causes occasionnelles n'ont aucune influence sur la scrofule elle-même ; mais, attaquant des individus soumis à la diathèse scrofuleuse, elles provoquent chez eux l'apparition de maladies dérivant de cette cause spéciale.

Traitement. — Dans le traitement, nous avons à étudier le traitement général qui s'adresse à la diathèse, et le traitement local qui présente des indications spéciales, selon le siège, l'espèce et la forme des manifestations scrofuleuses. Je m'occuperai d'abord du traitement général, qui est de beaucoup le plus important, et qui souvent suffit pour amener la guérison. Il comprend deux indications distinctes : les moyens prophylactiques qui s'adressent à la prédisposition scrofuleuse, la combattent et ont pour but de prévenir, autant que possible, les manifestations de la diathèse, et, d'autre part, les moyens curatifs que l'on emploie contre la scrofule confirmée, après l'apparition des affections de nature strumeuse.

Les moyens prophylactiques proposés contre la scrofule, consistent surtout dans une bonne hygiène ; les

enfants scrofuleux, s'il est possible, habiteront la campagne, dans un lieu bien aéré et exempt d'humidité; ils prendront un exercice modéré, souvent répété, et n'allant jamais jusqu'à la fatigue; le régime alimentaire sera très fortifiant, il consistera en viande, en œufs frais, en légumes verts et en bon vin. On ordonnera de plus, au besoin, quelques médicaments reconstituants, comme le fer, le quinquina, les huiles de poisson; enfin on y ajoutera des bains stimulants, tels que des bains salés, des bains aromatiques, des bains sulfureux. Souvent à l'aide de ce traitement prophylactique, on pourra, chez des personnes qui présentent l'aspect strumeux, éviter ou au moins retarder l'apparition des manifestations scrofuleuses, par les heureuses modifications que l'on amènera dans la constitution.

Lorsque la scrofule est déclarée, lorsque des manifestations existent, on doit tout d'abord prescrire un traitement général, indépendamment des indications spéciales que réclame l'affection locale. Le traitement général est très important; en effet, souvent les moyens locaux, employés seuls pendant longtemps, ont peu d'action sur la maladie, tandis que les moyens généraux peuvent à eux seuls amener la guérison, et en tous cas préparent l'effet des moyens topiques. Aussi ne doit-on jamais négliger le traitement général, et doit-on lui donner plus d'importance qu'aux moyens locaux, qui n'ont souvent d'action heureuse qu'à la fin des affections, lorsque déjà la constitution a été modifiée par les moyens qui agissent sur l'ensemble de l'économie.

Le traitement général doit être avant tout hygiénique, et il comprend, comme nous l'avons dit plus haut, une bonne nourriture, un bon air pur et vif, de la lumière, des distractions et surtout les exercices du corps. Lugol, le premier, a beaucoup insisté sur les heureux résultats de l'exercice chez les scrofuleux, et il a obtenu de beaux

succès en faisant marcher les malades, même ceux qui étaient atteints de tumeurs blanches des membres inférieurs.

Outre les moyens hygiéniques, on a vanté un grand nombre de médicaments pour la guérison des affections scrofuleuses, mais ils n'ont pas tous la même valeur au point de vue thérapeutique ; aussi, dans cette esquisse rapide, nous n'allons parler que de ceux sur lesquels on peut surtout compter.

On a l'habitude de donner aux scrofuleux des amers, tels que le houblon, la gentiane, et des antiscorbutiques, en particulier le cresson et les préparations de raifort ; ces médicaments que l'on donne ordinairement en tisane, en vin ou en sirop, n'ont qu'une action tout à fait secondaire et l'on ne doit compter sur eux qu'en qualité d'adjuvants d'un traitement plus actif.

Le soufre a une action un peu plus énergique, mais il n'est pas toujours suffisant contre la scrofule ; aussi on le donne rarement à l'intérieur ; il est administré plus utilement sous la forme de bains sulfureux, qu'on emploie fréquemment avec avantage, soit qu'il s'agisse d'eaux minérales naturelles, soit qu'il s'agisse de bains artificiels préparés avec le sulfure de potassium.

Quelques auteurs, et surtout Lugol, ont considéré l'iode comme un spécifique (1) ; malheureusement ce médicament n'a pas cette propriété absolue ; mais on l'emploie avec avantage ; il est surtout utile contre les affections des os ; on l'administre alors sous la forme d'iodures de potassium, de sodium ou de fer. La teinture d'iode, l'iode métallique uni à l'iodure de potassium dans une solution aqueuse, sont encore employés souvent dans les engorgements ganglionnaires et dans

(1) Lugol, *Mémoires sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses.* Paris, 1829-1831.

quelques autres formes de scrofule; on les a vus quelquefois réussir, mais il ne faudrait pas trop compter sur leur efficacité constante.

On a vanté aussi le fer et ses diverses préparations : ce médicament ne paraît pas agir directement contre la scrofule, mais il peut être utile accessoirement chez les individus pâles, débilités, et surtout chez les jeunes filles scrofuleuses présentant les symptômes de la chlorose.

Le mercure a été conseillé par quelques auteurs : il faut savoir que son action est habituellement plus nuisible qu'utile; en effet, par ses propriétés altérantes, il agit sur la crase du sang et peut affaiblir encore l'économie. Nous n'appliquons pas cette réprobation aux topiques mercuriels dont l'action est seulement locale; les pommades mercurielles, l'emplâtre de Vigo, peuvent être utiles contre les engorgements scrofuleux.

A côté du mercure, parmi les altérants, on a encore conseillé les préparations d'or, qui ont été vantées par Lalouette et par Chrétien (de Montpellier) (1), plus récemment par les docteurs Legrand (2) et Duhamel (3) (de Paris). Ces auteurs ont employé le chlorure d'or à l'intérieur, et à l'extérieur sous forme de pommade; je crois peu à son efficacité.

Les préparations alcalines, comme le chlorure de baryum auquel Lisfranc attribuait une valeur particulière dans les affections osseuses, comme l'hydrochlorate de soude vanté par Cazenave, sont souvent utiles; j'attache plus d'importance à l'administration du chlorure de sodium, lequel, soit seul, soit associé à l'iodure de sodium

(1) Chrétien (de Montpellier), *Sur les préparations d'or et les différentes manières de les administrer*. Paris, 1828.

(2) Legrand, *De l'or, de son emploi dans le traitement des maladies scrofuleuses*, 1851.

(3) Duhamel, *Considérations pratiques sur les maladies scrofuleuses et leur traitement par les préparations d'or*. Paris, 1839.

ou de potassium, m'a donné fréquemment et dans des cas graves de bons résultats.

La ciguë, employée à l'intérieur sous forme de teinture ou d'extrait, et à l'extérieur sous forme de pommade ou d'emplâtre, constitue un bon moyen contre les engorgements ganglionnaires, mais elle ne paraît pas avoir une action bien évidente contre la scrofule.

Un des meilleurs moyens de traitement général, sans être cependant un véritable spécifique, consiste dans l'emploi des huiles de poissons, telles surtout que celles que l'on extrait des foies de morues, de raies, de squales; l'usage de ces huiles donne certainement de beaux résultats, soit qu'on les emploie seules, soit qu'on y associe d'autres médicaments, tels que les amers, le fer ou le quinquina, les iodures et le chlorure de sodium.

Enfin, je ne dois pas oublier de signaler l'usage des eaux minérales, qui sont souvent conseillées avec avantage, surtout pour achever et consolider la guérison des accidents scrofuleux. Les eaux chlorurées-sodiques, telles que celles de Salins, de Nauheim, de Kreutznach, de Hombourg, etc., celles plus composées d'Uriage et de La Bourboule sont employées avec succès à l'intérieur et surtout à l'extérieur sous forme de bains et de douches. Les eaux sulfureuses exercent aussi une heureuse influence sur la scrofule : elles sont indiquées contre les scrofulides, et aussi contre les lésions des os; on emploie surtout les eaux de Barèges, de Luchon, d'Ax, d'Aix et de Schinznach.

Le séjour au bord de la mer exerce une double action sur les scrofuleux, d'abord par l'air chargé de principes salins introduits dans l'économie par la respiration, et ensuite par l'action tonique des bains (1). Lorsque le ma-

(1) Voy. J. Bergeron, *Traitement et prophylaxie de la scrofule* (*Annales d'hygiène publique*. Paris, 1868).

lade est trop faible pour supporter les bains à la lame, on donne des bains de mer chauds qui ont aussi un très bon effet. A Paris, où l'on ne peut avoir une grande quantité d'eau de mer, on peut donner des bains d'eau de mer à l'hydrofère; j'ai plusieurs fois obtenu de beaux succès par l'emploi de ce moyen, dans des cas graves et qui avaient résisté à d'autres médications employées antérieurement; il est à regretter que ce moyen de balnéation ait été à peu près abandonné.

Des scrofulides.

Après avoir jeté un coup d'œil général sur la scrofule, nous allons maintenant aborder l'étude des manifestations cutanées scrofuleuses, des *scrofulides*, dénomination que Bazin et moi, tous deux, à peu près en même temps, nous avons donnée aux manifestations de la scrofule vers la peau; nous les avons ainsi appelées, à l'imitation du mot de *syphilides*, donné par Alibert aux manifestations cutanées de la syphilis.

Ce mot est nouveau, et il restera dans la science, car il exprime un fait vrai; mais il ne restera qu'à la condition qu'on lui gardera son exacte signification, c'est-à-dire qu'on ne l'appliquera qu'aux seules affections cutanées qui dépendent de la scrofule. Bazin est allé plus loin; il l'a appliqué non seulement aux maladies cutanées toujours consécutives à la scrofule, mais encore à des affections qui se manifestent chez les scrofuleux, et qui ne sont pas sous la dépendance exclusive de la scrofule. En effet, cet auteur admet deux espèces de scrofulides, des scrofulides bénignes et des scrofulides malignes. Dans les scrofulides bénignes, il range l'engelure, l'érythème papuleux, l'érythème induré, le strophulus, le prurigo, le lichen, l'eczéma, l'impétigo, diverses formes d'acné; il suffit d'énumérer ces maladies, pour

montrer qu'on les rencontre dans des circonstances morbides diverses, et qu'elles ne dépendent pas toujours de la scrofule.

Pour admettre les scrofulides bénignes, Bazin se fonde sur quatre raisons principales : la fréquence de ces affections chez les scrofuleux, leurs caractères particuliers, leur transformation graduelle en scrofulides malignes, et le résultat du traitement antiscrofuleux. Voyons quelle est la valeur de ces raisons, et si elles ont l'importance que leur attribuait mon ancien collègue.

Ces affections se rencontrent souvent chez les scrofuleux, cela est incontestable, mais on les voit aussi chez des individus indemnes de scrofule ; elles ne sont donc pas toujours sous la dépendance de cette diathèse, et elles ne méritent pas le nom de scrofulides. D'autres maladies, comme les verrues, le favus, sont très fréquentes chez les scrofuleux, et cependant Bazin ne les a pas regardées comme étant de nature scrofuleuse (1). Si toutes ces maladies se rencontrent fréquemment chez les individus scrofuleux, c'est parce qu'elles y trouvent un terrain favorable à leur développement, et non parce qu'elles sont d'origine scrofuleuse.

Bazin donnait comme caractères spéciaux de ses scrofulides bénignes : l'absence de démangeaison, de cuisson, de douleur, de réaction locale, la lenteur de la marche, l'abondance des sécrétions, l'épaisseur des croûtes, etc. Ces caractères négatifs ou positifs ne sont pas constants, et, lorsqu'ils existent, je n'admets pas qu'ils dépendent de la nature de l'affection ; ils sont dus au malade, au terrain sur lequel se développe l'éruption. En effet, une pneumonie chez un scrofuleux peut avoir pour caractères particuliers : le peu d'intensité des phénomènes locaux, l'absence de réaction générale, une

(1) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, 2e édition. Paris, 1861.

fièvre légère, une toux fréquente avec une expectoration abondante, une marche lente, une résolution difficile, etc. Admettra-t-on que c'est une pneumonie de nature scrofuleuse ? évidemment non ; on dira que les caractères particuliers que présente la maladie sont dus au sujet sur lequel elle se développe et non à la maladie elle-même. Il en est de même pour l'eczéma, pour le strophulus, qui apparaissent chez un scrofuleux ; les caractères particuliers qu'ils présentent alors, nous semblent devoir être rapportés bien plutôt au malade qu'à la nature de la maladie.

Quant à la transformation graduelle des scrofulides bénignes en scrofulides malignes, d'un impétigo, par exemple, en scrofulide profonde, je crois pouvoir affirmer que, si cela arrive, c'est un fait bien rare. Je n'ai jamais vu s'opérer cette transmutation, et toutes les fois qu'on a cru l'observer, cela ne doit-il pas être attribué à une erreur de diagnostic ? Dans ces cas, on a désigné une scrofulide pustuleuse à son début sous le nom d'*impétigo*, et, quand plus tard elle s'est étendue en profondeur, on lui a restitué le nom de *scrofulide maligne*, qu'elle aurait dû toujours porter.

Enfin, Bazin donna pour dernière raison les bons résultats que l'on obtient dans ces affections, par l'emploi du traitement antiscrofuleux. Cette action des antiscrofuleux est vraie, et je les prescris souvent dans les cas d'eczéma, d'impétigo, développés chez les scrofuleux, et, comme mon ancien collègue, j'obtiens de promptes guérisons. Mais je n'en tire pas comme lui la conclusion rigoureuse, que le résultat du traitement indique la nature de l'affection. Dans ces cas, on modifie le terrain sur lequel la maladie se développe, et on attaque ainsi indirectement cette maladie. On peut obtenir le même résultat dans les affections syphilitiques : bien souvent, chez les malades scrofuleux, faibles, débilités, atteints de syphilides et

d'accidents concomitants, on voit le mercure ne produire aucun effet salutaire; dans ces cas, en suspendant l'usage des mercuriaux, en faisant prendre du fer, du quinquina, de l'huile de foie de morue, en un mot, en instituant un traitement reconstituant, on constate la disparition graduelle de tous les accidents. Devrait-on en conclure que ces affections, ces plaques muqueuses, ces syphilides n'étaient pas sous la dépendance de la syphilis, mais sous celle de la scrofule? non certainement. En agissant ainsi que je l'ai indiqué, on a pu obtenir indirectement la guérison. Il en est de même des éruptions développées chez les scrofuleux; en nosologie et même en clinique, il faut les laisser dans les classes auxquelles elles appartiennent réellement, et ne pas les ranger sous la dépendance de la scrofule; ce qui revient à dire que, dans la médecine pratique, il y a deux choses importantes à considérer, savoir, la maladie et le malade.

Malgré les raisons alléguées par Bazin pour l'existence des scrofulides bénignes, je ne crois donc pas devoir les admettre, parce que les affections qu'il désigne ainsi se rencontrent le plus souvent en dehors de la scrofule, et parce que les caractères particuliers qu'il leur attribue, ainsi que les résultats heureux du traitement antiscrofuleux me paraissent s'expliquer plutôt par la disposition générale du malade que par la nature spéciale des éruptions.

Je réserve donc le nom de *scrofulides* aux affections cutanées qui sont sous la dépendance exclusive de la scrofule, comme les syphilides sont sous la dépendance de la syphilis, et qui, ne se développant jamais en dehors de cette diathèse, doivent en faire reconnaître l'existence par le seul fait de leur développement.

Avant d'entrer dans la description de ces affections scrofuleuses de la peau, si nous examinons un instant la

question du côté historique, je dois dire que dans les auteurs du temps de la Renaissance, on retrouve les caractères des scrofulides dans plusieurs des maladies rattachées alors à la lèpre, et je suis persuadé qu'il existait dans les léproseries un certain nombre de scrofuleux mêlés aux véritables lépreux. Mais tout était confondu, et il est impossible de trouver, avant notre siècle, une description un peu claire de ces maladies. Willan et Bateman apportèrent un peu de lumière dans cette confusion ; mais ils réunirent toutes les formes des maladies scrofuleuses en un seul genre, qu'ils désignèrent sous le nom de *lupus*, dont ils ne cherchèrent pas à apprécier la nature, et qu'ils rangèrent dans la classe des tubercules (1). Biett cependant, dirigé par son esprit éminemment pratique, reconnut que le lupus ne rentrait pas dans le cadre de la classification de Willan, ayant pour seule base les lésions élémentaires, et il en fit un ordre à part, reconnaissant ainsi l'existence d'une maladie particulière, sur la nature de laquelle il n'osa pas se prononcer. Alibert ne sut pas non plus reconnaître la nature spéciale du lupus : il a placé l'esthiomène dans le groupe des dermatoses dartreuses, à côté de l'eczéma, du psoriasis, n'ayant pas aperçu la différence radicale qui existe entre les dartres et les maladies scrofuleuses.

Ce n'est vraiment que dans ces derniers temps que la nature scrofuleuse du lupus a été admise d'une manière à peu près générale et encore je parle de la France, car, en Autriche et en Allemagne, sous l'influence d'Hébra et de Kaposi (2), on continue à considérer le lupus comme une néoplasie locale, de nature inflammatoire et n'ayant qu'un rapport éloigné et non nécessaire avec un état

(1) Bateman, *A practical Synopsis of cutaneous Diseases, according to the arrangement of Dr Willan.* London, 1819.

(2) Kaposi, *Leçons sur la pathologie et la thérapeut. des maladies de la peau.* Paris, 1881.

morbide général. Cette opinion s'appuie sur l'apparence de bonne santé que présentent certains individus atteints de lupus et qui n'ont aucune autre manifestation de la scrofule. Il est vrai que chez quelques lupiques, et particulièrement lorsqu'il s'agit du lupus érythémateux, on ne trouve souvent, comme signe de scrofule, que la seule affection de la peau ; mais il est ordinaire de découvrir, chez certains membres de la famille de ces malades, quelque autre manifestation scrofuleuse, et d'ailleurs, de ce que le lupus est seul, isolé de toute autre lésion strumeuse, il n'y a pas de raison pour lui refuser le droit de figurer parmi les affections scrofuleuses. Ne voit-on pas tous les jours des écrouelles, des kératites chroniques, considérées par tout le monde comme de nature scrofuleuse, exister seules, en dehors de tout autre symptôme de la scrofule? n'observe on pas des lésions cutanées ou autres, évidemment syphilitiques, exister isolément, en l'absence de tout autre phénomène spécifique concomitant? Il suffit donc que le lupus présente les caractères généraux d'évolution des maladies scrofuleuses, et qu'il soit habituellement lié avec d'autres accidents de la même nature chez le même individu ou dans la même famille, pour qu'on doive, en clinique, le considérer comme une des manifestations de la scrofule.

J'ajouterai que ce mot de lupus paraît peu convenable : d'abord, parce que certains auteurs ont décrit sous ce nom des affections cutanées qui ne sont pas de nature scrofuleuse, et qui se rapportent à la syphilis, et surtout parce que, dans l'école de Willan, le mot de lupus, désignant une lésion tuberculeuse de la peau, ne comprend pas des maladies se rapprochant évidemment du lupus tuberculeux, mais dans lesquelles la lésion initiale est caractérisée par des pustules, des squames, et même par des taches érythémateuses. Aussi je pense qu'il est préfé-

rable de laisser de côté le mot lupus, et de donner le nom général de *scrofulides* à toutes les maladies cutanées développées sous l'influence de la scrofule, quelle que soit d'ailleurs leur lésion élémentaire.

Caractères généraux des scrofulides. — Les scrofulides présentent un certain nombre de caractères, que l'on peut retrouver dans toutes les variétés, et qui sont indispensables à connaître pour le diagnostic de ces affections. Une des premières choses à noter, c'est qu'elles sont situées assez profondément dans l'épaisseur de la peau; jamais elles ne sont superficielles, elles attaquent les couches profondes du derme, aussi les ulcérations qui résultent des progrès de l'éruption s'étendent assez loin, et les cicatrices qui leur succèdent attestent une altération grave de la peau. Souvent elles ne se bornent pas au tégument externe, elles peuvent envahir les tissus sous-jacents, et la lésion, fixée primitivement à la peau, peut atteindre jusqu'aux os eux-mêmes.

Les scrofulides sont généralement circonscrites à une région ou même à une partie plus limitée, et elles ont peu de tendance à se généraliser, à l'exception cependant de la variété désignée sous le nom de scrofulide tuberculeuse disséminée. Elles s'étendent en largeur et en profondeur, mais persistent dans la même région, pendant plusieurs mois ou même pendant plusieurs années.

Les manifestations cutanées de la scrofule présentent une coloration spéciale : c'est une couleur rouge foncé, violacée, lie de vin, moins brune que celle des syphilides et moins rouge que celle des exanthèmes ordinaires; cette coloration est surtout bien caractérisée autour des ulcérations.

Ces ulcérations présentent elles-mêmes plusieurs caractères importants : leurs bords sont déchiquetés, irréguliers; ils ne sont pas taillés à pic, mais ils sont minces

et décollés ; ce décollement des bords a une grande importance diagnostique. Le fond de l'ulcération est fongueux, saignant, il présente des bourgeons charnus, pâles, mollasses, de mauvaise nature, quelquefois exubérants. On ne voit que rarement cette pellicule grisâtre, pseudo-membraneuse, qui recouvre le fond des ulcères syphilitiques.

Les croûtes qui masquent les ulcérations sont quelquefois épaisses ; mais elles ne sont pas très dures, et elles ne présentent pas des saillies aussi distinctes et aussi prononcées que celles qu'on trouve dans la syphilis ; leur coloration est variable : elles sont noirâtres, lorsqu'elles contiennent une certaine quantité de sang mélangé au pus desséché, ou bien elles sont d'un blanc grisâtre, lorsqu'il n'y a pas de sang, et cette coloration blanche est d'un grand intérêt pour le diagnostic.

Nous devons signaler encore comme un caractère très important le gonflement du tissu cellulaire sous-cutané : quand la maladie siège dans un endroit abondant en tissu cellulaire, comme à la face, il se fait un soulèvement de la peau, qui pourrait faire prendre cette maladie pour un érysipèle, et qui lui a fait donner, dans ce cas, le nom d'*érysipèle chronique* ou de *lupus hypertrophique*, par Cazenave et d'autres auteurs. Après cette tendance hypertrophique, lorsque la maladie marche vers la guérison, il y a, au contraire, une tendance atrophique, un amincissement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, ce qui augmente encore la profondeur des cicatrices. On observe très facilement ce phénomène lorsque la maladie a occupé le nez : après la guérison, les ailes du nez sont très fines, et le nez lui-même devient très mince à son extrémité.

Même après la guérison des scrofulides, la maladie peut encore se reconnaître par les cicatrices, lesquelles existent toujours, même après la scrofulide érythéma-

teuse, qui disparaît sans avoir présenté d'ulcération. Ces cicatrices sont ordinairement déprimées par la résorption du tissu cellulaire sous-jacent : elles présentent un aspect réticulé, qui les fait ressembler aux cicatrices de la brûlure au troisième degré ; quelquefois elles sont saillantes, inégales et granulées comme des verrues, ou bien exubérantes; elles forment une variété de la kéloïde. Leur coloration, d'abord violacée, s'efface peu à peu et devient blanche, mais les traces en sont indélébiles.

L'absence de toute réaction locale et générale est encore un caractère particulier aux scrofulides; il n'y a ni fièvre, ni démangeaison, ni cuisson, ni douleur, pendant leur développement. La sensibilité semble s'être émoussée chez les scrofuleux ; on voit des scrofulides ulcérées, profondes, attaquer et détruire tous les tissus et même les os, sans être accompagnées d'aucune douleur vive, ni d'aucun malaise local.

Enfin il ne faut pas oublier, parmi les signes qui peuvent servir à établir le diagnostic, ceux tirés des antécédents ou des phénomènes concomitants. Les antécédents, tels qu'une cicatrice de nature scrofuleuse, une taie sur la cornée, montrent que le sujet a déjà présenté des manifestations strumeuses, et que, par conséquent, il est scrofuleux; cela n'indique pas forcément que l'affection actuelle soit de nature scrofuleuse, car cette diathèse n'exclut pas les autres maladies, mais ce caractère donne des probabilités. De même, les phénomènes concomitants, tels qu'une ophthalmie chronique, une tumeur blanche, peuvent servir encore à faire reconnaître la nature d'une affection cutanée, dont les caractères objectifs ne seraient pas très tranchés.

Marche, durée, terminaison. — La marche des scrofulides est très lente; il est rare qu'elles durent moins de six mois, et souvent elles persistent deux, cinq, dix et même vingt ans; il en est même qui ne cessent qu'avec

la vie longtemps prolongée. Pendant cette longue période, elles conservent presque toujours la même forme, et occupent habituellement le même siège. Dans quelques cas rares, elles revêtent la forme phagédénique; elles ont alors une marche très rapide, et la mort peut arriver promptement.

Les scrofulides se terminent souvent par la guérison, même dans les cas en apparence les plus graves. La guérison peut arriver par l'évolution naturelle de la maladie, mais, le plus ordinairement, elle est due à un traitement convenable. Dans quelques cas, la terminaison favorable est hâtée par une maladie accidentelle, telle qu'un érysipèle, une fièvre éruptive, etc., qui déterminent une modification heureuse dans l'affection cutanée et qui peuvent amener la cicatrisation.

Dans d'autres circonstances, il n'y a pas de guérison, et la maladie se prolonge toute la vie. Le malade peut alors succomber sous l'influence d'une maladie intercurrente, ou la mort peut être due à d'autres manifestations scrofuleuses, telles que des abcès froids, qui épuisent le malade par l'abondance de la suppuration et déterminent un état cachectique. Enfin, le plus souvent, le malade meurt par le fait d'une complication viscérale, laquelle est fréquemment la phthisie tuberculeuse, l'entérite tuberculeuse ou une néphrite chronique, avec ou sans dégénérescence amyloïde.

Diagnostic des scrofulides. — Les principaux caractères généraux des scrofulides sont donc : la profondeur de la lésion, sa fixité, la coloration de la peau et des croûtes, l'aspect des ulcérations et des cicatrices, le gonflement du tissu cellulaire ambiant, l'absence de réaction locale et générale, et la lenteur de la marche. Avec ces caractères, on peut distinguer les scrofulides des affections dartreuses et syphilitiques, lesquelles offrent cependant avec les manifestations de la scrofule assez de res-

semblance, pour que je croie utile d'insister sur leur diagnostic différentiel.

Les affections dartreuses peuvent se rencontrer chez des scrofuleux, mais elles se distinguent des scro ulides par les caractères suivants : elles ont de la tendance à s'étendre et à se généraliser ; elles sont accompagnées de cuissons, de chaleur, de démangeaisons, phénomènes qui manquent dans les scrofulides ; on doit savoir cependant que ces symptômes sont moins prononcés chez les scrofuleux atteints d'affections herpétiques. Les dartres ne laissent jamais de cicatrices, même après les ulcérations superficielles de l'impétigo, tandis que les scrofulides en laissent toujours, même lorsqu'elles ne donnent pas lieu à des ulcérations.

Ce sont surtout les syphilides anciennes, tertiaires, ulcéreuses et profondes, qui ont beaucoup de ressemblance avec les scrofulides, et, dans certains cas, le diagnostic est très difficile. On pourra y arriver cependant en se rappelant que les ulcérations syphilitiques ont une forme plus arrondie, plus régulière ; que leurs bords sont taillés à pic et non décollés ; que le fond présente une pseudo-membrane épaisse, grisâtre ; que les croûtes sont plus plastiques ; qu'elles s'accumulent et qu'elles présentent l'aspect de certains coquillages ; enfin leur coloration est d'un vert foncé, d'un vert noir, et jamais elles ne sont blanches ou noires. Les cicatrices elles-mêmes peuvent aider au diagnostic : elles sont brunes, puis blanches, peu profondes ; le plus souvent elles ne sont ni déprimées, ni réticulées, ni saillantes, ni kéloïdiennes. En opposition à ces caractères des éruptions syphilitiques, je rappellerai que les scrofulides ont des bords décollés, irréguliers, que les chairs sont fongueuses, blafardes, que les croûtes noires ou blanches sont moins dures, et que les cicatrices sont beaucoup plus fréquentes, plus apparentes et ordinairement plus sail-

lantes. La marche des affections cutanées appartenant à ces deux maladies, présente aussi des différences : ainsi les syphilides ont une marche moins lente ; il est très rare de voir une syphilide durer plusieurs années en occupant le même siège et en conservant la même forme ; ordinairement elle se modifie, et elle apparaît dans une autre région et sous une nouvelle forme, habituellement plus grave. Enfin, dans ce diagnostic, il faut tenir compte des antécédents et des phénomènes concomitants. Il ne faut cependant pas attribuer une valeur absolue aux antécédents, car les deux diathèses ne s'excluent pas, et un individu, ayant eu antérieurement une ophthalmie ou toute autre affection scrofuleuse, peut avoir une syphilide. Les phénomènes concomitants ont une plus grande importance, sans avoir encore une valeur absolue. A l'aide de tous ces caractères, on pourra le plus souvent arriver au diagnostic ; dans quelques cas cependant, il existe un tel mélange de signes, qu'il est difficile, peut-être même impossible, de se prononcer ; il faut alors savoir attendre, et le résultat du traitement viendra souvent faire reconnaître la nature de la maladie. Mais ici encore, il faut faire bien attention : en effet, si l'on avait affaire à une syphilide chez un scrofuleux, comme je l'ai déjà dit, le traitement antiscrofuleux modifiant le terrain et amenant la guérison, on pourrait croire que l'on a eu à traiter une scrofulide. Aussi le meilleur traitement explorateur, dans ce cas, consiste dans l'administration du mercure, qui produira la guérison, ou au moins l'amélioration, si l'affection est de nature syphilitique, et qui, dans la grande majorité des cas, aggravera au contraire la maladie cutanée si elle appartient à la scrofule.

Division des scrofulides. — Plusieurs variétés de la scrofule cutanée peuvent coexister chez le même malade ; de là une difficulté réelle de les reconnaître et de les classer d'une manière bien nette. Aussi chaque auteur a

adopté une classification particulière. Récemment on avait donné le nom générique de *lupus* à toutes les variétés de scrofulides graves; Cazenave, qui avait adopté cette dénomination, a établi quatre espèces de lupus : 1° le lupus érythémateux; 2° le lupus tuberculeux; 3° le lupus ulcéreux; 4° le lupus hypertrophique. Mais deux de ces espèces, la troisième et la quatrième, ne sont jamais primitives; elles succèdent toujours à l'une des deux premières; aussi ne peut-on pas accepter cette division. Bazin, qui admettait l'existence des scrofulides bénignes, appelait scrofulides malignes les affections que nous regardons comme dépendant toujours de la scrofule. Il les divisait en trois groupes : 1° la scrofulide érythémateuse; 2° la scrofulide tuberculeuse; 3° la scrofulide crustacée-ulcéreuse. On peut adresser au troisième groupe le même reproche qu'à deux des variétés de Cazenave; en effet, la scrofulide crustacée-ulcéreuse de Bazin arrive ordinairement après une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, et ainsi cet auteur place la même variété dans deux groupes différents, selon la période où elle est parvenue. C'est cette transformation de la même maladie d'un état dans un autre, et la coexistence simultanée de plusieurs formes, qui font la grande difficulté d'une bonne classification des scrofulides; cependant, quoiqu'il soit impossible de les envisager d'une manière irréprochable, comme les divisions sont indispensables pour l'étude, nous admettrons, en nous fondant sur l'observation clinique, les cinq variétés suivantes : 1° la scrofulide érythémateuse; 2° la scrofulide cornée ou acnéique; 3° la scrofulide pustuleuse; 4° la scrofulide tuberculeuse; 5° la scrofulide phlegmoneuse. Comme annexes aux scrofulides, nous donnerons, d'ailleurs, une courte description de la tuberculose cutanée et du rhinosclérome de Kaposi.

1° Scrofulide érythémateuse.

On peut l'appeler aussi *érythémato-squameuse*, parce que la desquamation succède et s'unit souvent aux taches rouges. Indiquée pour la première fois par Biett, qui lui avait donné le nom d'*érythème centrifuge*, cette maladie a été bien décrite par Cazenave; aussi Besnier propose de l'appeler *lupus de Cazenave*, en réservant le nom de *lupus de Willan* à la forme tuberculeuse. Cette scrofulide est caractérisée par des taches d'un rouge foncé, un peu brun, violacé; ce n'est pas la coloration de la syphilis, c'est quelque chose de particulier ; la couleur est plutôt violacée que brune; la surface est unie et présente un aspect luisant spécial. La rougeur est permanente; elle disparaît par la pression du doigt, pour reparaître dès que l'on cesse la compression; elle est augmentée momentanément par les impressions morales, et par toutes les causes d'excitation générale. Ces taches forment un léger relief au-dessus de la peau saine et elles présentent une dépression après la guérison. Elles sont ordinairement arrondies, ovalaires, et leur étendue égale la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc à leur début; mais elles peuvent s'étendre, se réunir, et alors elles occupent toute une région, par exemple, toute une joue et même la plus grande partie de la face.

La scrofule érythémateuse commence par cette rougeur que nous venons d'indiquer, bientôt l'épiderme se ride, se détache, et il y a une légère desquamation ; elle se fait par de petits furfures foliacés très adhérents, qui tombent difficilement d'eux-mêmes et même qui résistent quelquefois au frottement de la main; au premier abord, ils ressemblent aux squames du psoriasis; un examen plus approfondi fait reconnaître qu'ils sont plus foliacés et qu'ils ne se détachent pas si facilement.

Cette scrofulide siège presque toujours à la figure, sur les joues, au menton et sur le nez; on la rencontre cependant quelquefois sur les membres, aux pieds et aux mains. Elle peut aussi se montrer sur le cuir chevelu, et alors le diagnostic est difficile; on voit des saillies d'un rouge foncé, recouvertes de quelques squames; les cheveux s'étiolent et tombent, et, après la guérison, il y a des places blanches qui peuvent faire croire à l'existence antérieure d'un favus ou d'une pelade.

Comme toutes les scrofulides, la forme érythémateuse existe habituellement sans symptôme de réaction; il n'y a ni chaleur, ni douleur, ni cuisson; la maladie ne manifeste sa présence que par une légère saillie, par la coloration et par l'état squameux; dans quelques cas cependant il y a quelques élancements et, par moments, de légères démangeaisons.

La scrofulide érythémateuse présente une marche très lente; elle a d'abord la tendance à l'extension, puis elle reste stationnaire, et elle peut persister toute la vie, malgré le traitement le mieux dirigé. D'autres fois, l'amélioration se produit; la tache s'affaisse, la coloration pâlit, et la maladie disparaît, mais il reste une cicatrice indélébile, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération; cette cicatrice, qui ressemble à une brûlure au troisième degré, se produit par absorption interstitielle. La cicatrisation débute ordinairement par le centre de la plaque; c'est cette apparence d'un cercle dont le centre est guéri qui a fait donner par Biett à cette maladie le nom d'érythème centrifuge; la description laissée par cet auteur distingué est exacte, mais le nom qu'il a proposé rapproche une maladie grave, profonde, tenace, d'une nature fâcheuse, des véritables érythèmes qui sont habituellement des affections légères, d'un pronostic favorable et qui disparaissent sans laisser de traces. Cette dénomination d'érythème centrifuge ne doit donc pas être conservée.

La scrofulide érythémateuse présente la particularité remarquable de se développer de préférence chez les scrofuleux à tempérament sanguin, à face colorée, et elle se montre plus particulièrement à la face comme si la figure y était prédisposée par la congestion habituelle dont elle est le siège.

Anatomie pathologique. — Le lupus érythémateux est constitué par une néoplasie inflammatoire de tous les éléments de la peau, ainsi que cela résulte des recherches histologiques de Neumann (1), de Gedding, de Geber (2), de Thin (3), de Stroganow, de Kaposi (4), de Vidal (5). Les vaisseaux capillaires des papilles et du derme sont dilatés, autour d'eux se produit une prolifération embryonnaire qui pénètre dans le derme et dans les parois des glandes; le tissu conjonctif prolifère également et ses corpuscules sont augmentés; le corps muqueux est envahi, ses cellules se troublent, deviennent granuleuses et la couche cornée épidermique se trouve soulevée et s'exfolie. Il résulte de ces lésions un gonflement et une induration de la peau qui se traduit par la saillie lupique. Plus tard, la prolifération augmente, les papilles s'hypertrophient, les glandes cutanées s'oblitèrent, les vaisseaux se rétractent et, le mouvement de régression commençant, une absorption graduelle amène l'amincissement des tissus, la destruction des glandes, la disparition du pigment, puis l'atrophie de la peau et la formation d'une cicatrice blanche, déprimée, sèche et glabre; le pigment, les glandes sudorales et pileuses n'existant plus.

(1) Neumann, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* Wien, 1870, trad. en français par Darin.

(2) Geber, *Zur Anatomie des Lupus erythematoides* (*Vierteljahrschrift fur Dermat. und Syphilis*, 1876).

(3) Thin, *On the pathology of Lupus erythematosos* (*Medico-chirurgic. Transact.*, vol. LVIII, p. 59).

(4) *Leçons sur les maladies de la peau*, t. II.

(5) *Annales de dermatologie.*

Les lésions que je viens d'indiquer existent tantôt dans les parties superficielles du derme, tantôt dans les parties profondes, quelquefois dans toute l'épaisseur; elles peuvent même atteindre le tissu conjonctif sous-cutané.

Diagnostic. — La scrofulide érythémateuse est surtout caractérisée par une tache rouge, violacée, un peu squameuse, légèrement saillante, ordinairement arrondie, plus ou moins étendue, siégeant le plus souvent à la figure, présentant une marche excessivement lente, et laissant toujours après elle une cicatrice très apparente. Les affections qui peuvent être confondues avec elles sont : les érythèmes, le psoriasis, le pityriasis rubra, le lichen, et surtout la syphilide papulo-squameuse ou tuberculeuse.

Les érythèmes papuleux et noueux se distingueront facilement par leur marche aiguë, par leur rougeur inflammatoire, par leur dissémination aux membres, par la réaction locale et quelquefois générale qui les accompagne, enfin par leur guérison rapide, laquelle a lieu sans laisser d'autres traces que quelques taches ecchymotiques, qui ne tardent pas à disparaître.

Le psoriasis offre, comme la variété de scrofulides qui nous occupe, des taches saillantes, d'un rouge foncé, recouvertes de squames et ayant souvent une apparence circinée; mais les squames psoriasiques sont d'un blanc nacré, elles sont plus épaisses, imbriquées les unes sur les autres, elles sont moins adhérentes; l'éruption est ordinairement répandue en plusieurs endroits, et particulièrement aux genoux et aux coudes, et elle est habituellement accompagnée de démangeaisons. Enfin, quand la guérison est survenue, il n'existe aucune cicatrice.

Le pityriasis rubra présente des plaques plus larges, moins saillantes, plus rouges et plus disséminées; les squames sont plus furfuracées; il y a des démangeaisons et il n'y a jamais de cicatrice apparente.

Si quelquefois le lichen, et surtout le lichen plan, présentent une certaine ressemblance avec la scrofulide érythémateuse, la dissémination de l'éruption, la couleur et le petit volume des papules, l'existence de vives démangeaisons et l'absence de cicatrice suffiront pour le faire reconnaître.

Le diagnostic le plus difficile sera celui qu'on devra établir entre la scrofulide érythémateuse et certaines formes de syphilides. La syphilide papulo-squameuse se distinguera, comme toutes les syphilides précoces, par la diffusion de l'éruption sur une grande partie du corps, par la rapidité de sa marche et par les phénomènes concomitants appartenant à la période secondaire de la syphilis. Quant à la syphilide tuberculeuse en groupes, la saillie des tubercules, leur couleur cuivrée, le peu d'épaisseur des squames, la marche plus rapide de la maladie, les phénomènes concomitants, ainsi que les résultats rapides d'un traitement antisyphilitique, sont autant de signes qui serviront à la faire distinguer.

2° Scrofulide cornée ou acnéique.

Cette maladie, indiquée par Rayer (1) sous le nom de *flux sébacé*, par Hébra sous le nom de *séborrhée congestive* (2), par Devergie sous celui d'*herpès crétacé* (3) et par Chausit sous celui d'*acné atrophique* (4), ressemble beaucoup au lupus érythémateux, tellement même que Besnier propose de ne le considérer que comme une simple variété de cette maladie; mais le siège

(1) Rayer, *Maladies de la peau.*

(2) Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. par le docteur Doyon, 1872.

(3) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3e édition. Paris, 1863.

(4) Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de Cazenave. Paris, 1853.

de la lésion dans les follicules sébacés et son aspect particulier m'ont engagé à le considérer comme une espèce distincte de scrofulides; j'ajoute cependant qu'il n'est pas rare de voir réunis, chez le même malade et dans la même région, le lupus érythémateux et le lupus acnéique.

La scrofulide acnéique est caractérisée par une ou plusieurs taches d'un gris sale, quelquefois entourées d'une auréole violacée, légèrement saillantes au-dessus de la peau, assez régulièrement arrondies ; à la surface, il n'y a pas de squames, mais on trouve une multitude de petites aspérités, qui donnent à la main la sensation d'une râpe. A la loupe, on constate que les orifices arrondis des conduits sébacés sont élargis, entr'ouverts, et que les aspérités sont formées par de la matière sébacée durcie. Lorsque ces points saillants viennent à tomber, on aperçoit l'orifice du conduit de la glande sébacée béant; mais une nouvelle production ne tarde pas à paraître et à l'obstruer. C'est surtout à la figure, aux oreilles, à la nuque, au cou, que l'on rencontre ces plaques, dont le nombre et les dimensions sont variables.

Au bout d'un certain temps, quelquefois sous l'influence du traitement, ces plaques s'affaissent, les productions acnéiques tombent pour ne plus se reproduire, et il reste seulement des cicatrices déprimées, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. D'autres fois, les plaques s'étendent ou persistent très longtemps, malgré le traitement le mieux dirigé. Il n'est pas rare de voir la maladie se prolonger pendant plusieurs années.

Ainsi que je le disais, la scrofulide cornée a été confondue avec l'acné, surtout avec la variété désignée sous le nom d'*acné sébacée concrète*. Mais dans cette dernière affection, la plaque ne présente pas à ses contours la coloration violacée dont nous venons de parler; elle n'est pas saillante; et surtout on ne rencontre pas, à la fin de

la maladie, les cicatrices qui terminent la scrofulide cornée. Cazenave, qui voulait que cette affection ne fût qu'une variété d'acné, cherchait à expliquer la présence des cicatrices par la compression que la matière sébacée cornée exercerait sur la peau; mais cette compression ne peut avoir lieu, puisque les productions cornées font saillie au dehors, et il est bien plus rationnel d'admettre que ces cicatrices sont dues au travail atrophique, qui caractérise la terminaison des maladies scrofuleuses cutanées.

Anatomie pathologique. — Les lésions rencontrées dans le lupus acnéique sont les mêmes que celles du lupus érythémateux; il y a une prolifération cellullaire portant sur les diverses parties constituantes de la peau, en plus les parois des follicules sébacées sont épaissies, leur intérieur est obstrué par de la matière sébacée indurée, mais le tissu conjonctif du derme paraît moins affecté.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette variété de scrofulide doit être établi, d'après l'existence de taches saillantes, violacées ou grises, recouvertes de saillies dures, pointues, sortant de l'orifice des follicules sébacés, d'après la lenteur de sa marche et d'après la formation des cicatrice déjà établies et mélangées aux plaques appartenant à une phase moins avancée de la maladie. Le psoriasis, qui pourrait lui ressembler au premier abord, s'en distingue par ses squames épaisses, imbriquées, qui ne peuvent être confondues avec les aspérités de la scrofulide cornée. La variété de lichen, désignée sous le nom de *lichen pilaris*, ressemble surtout, par son aspect et ses rugosités, à la scrofulide acnéique; mais les papules du lichen sont pleines et se distinguent parfaitement des saillies cornées, s'échappant à travers les orifices des conduits sébacés. Enfin, les différentes espèces d'acné simple,

inflammatoire ou sébacée, diffèrent de la scrofulide par leur siège superficiel, par la marche plus rapide de l'éruption, et par les caractères des cicatrices, lesquelles, lorsqu'elles existent, sont arrondies, moins profondes et moins étendues.

3° Scrofulide pustuleuse.

La scrofulide pustuleuse est une variété fréquente; tantôt elle existe seule, tantôt elle est mélangée avec d'autres éruptions de même nature. Ses lésions anatomiques sont à peu près les mêmes que celles du lupus tuberculeux, je les indiquerai à propos de cette dernière affection.

Elle peut débuter de deux manières différentes : dans certains cas, sur une plaque rouge de la grandeur d'une pièce d'un franc, on voit se développer une multitude de petites pustules, grosses comme la tête d'une épingle ; elles durent huit à quinze jours, se rompent et laissent échapper un liquide plastique, qui se concrète en croûtes jaunâtres. Dans d'autres cas, la maladie débute par une seule pustule, ressemblant à celle qu'on a décrite dans la maladie désignée par les auteurs sous le nom de rupia ; cette pustule, du volume d'un pois ou d'une petite cerise, et distendue inégalement par un mélange de sang et de pus, se rompt et se recouvre d'une croûte noirâtre. La première variété que nous venons d'indiquer, présentant au début des pustules peu volumineuses et agminées, telles que celles qu'on rencontre dans l'impétigo, a fait donner à cette maladie, par Willan et son école, le nom d'*impetigo rodens ;* mais il faut rejeter cette dénomination, qui confond ainsi sous le même nom deux affections d'une nature bien distincte et d'une gravité très différente.

Quel que soit son début, une fois développée, cette

scrofulide est caractérisée surtout par des croûtes dont la coloration varie : souvent elles sont d'une blancheur remarquable, quelquefois un peu jaunâtres ; le plus habituellement elles deviennent noirâtres par le mélange d'une certaine quantité de sang. On peut rencontrer une ou plusieurs plaques recouvertes de croûtes ; lorsqu'il en existe plusieurs au début, dans la même région, on les voit souvent se réunir par l'extension de la maladie ; l'accroissement se fait par de nouvelles pustules qui se développent autour des croûtes, se rompent, et augmentent par leur sécrétion l'étendue de l'affection. Ces croûtes sont très adhérentes ; lorsqu'on les a arrachées, ou lorsqu'on les a fait tomber par des applications émollientes, on trouve, au-dessous d'elles, des ulcérations qui ne sont pas très profondes ; leurs bords sont irréguliers, le fond est d'un rouge pâle, blafard, souvent recouvert de bourgeons charnus mollasses ; on voit rarement des fausses membranes grisâtres, comme dans les ulcérations syphilitiques. Dans quelques cas, la surface de l'ulcération s'élève, se dessèche et présente de petits bourgeons durs, rugueux, comme verruqueux ; de là le nom de *scrofulide verruqueuse*, que j'avais donné d'abord à cette forme, en la considérant comme une espèce distincte de scrofulide ; depuis, elle a été décrite par Vidal sous le nom de lupus scléreux ; mais cet aspect verruqueux n'est jamais primitif : il apparaît toujours sur une ulcération succédant à une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, il ne faut donc pas en faire une variété particulière et spéciale.

Le siège le plus fréquent de la scrofulide pustuleuse est le nez ; elle se développe quelquefois sur les joues ; on la rencontre rarement sur les membres.

La marche de la scrofulide pustuleuse qui, comme toutes les autres variétés, ne présente ni douleurs, ni

démangeaisons, est très lente; cependant, malgré son aspect plus grave, elle guérit plus facilement et plus promptement que les deux premières formes dont nous avons déjà parlé. Lorsque la guérison arrive, les croûtes tombent, et, au-dessous d'elles, on voit une cicatrice toute formée, plus profonde que dans la scrofulide érythémateuse. Cette cicatrice est d'abord violacée, mais plus tard elle devient blanche ; lorsqu'elle est complètement formée, elle ressemble aux cicatrices réticulées, inégales d'une brûlure au troisième degré. Dans d'autres cas, au lieu de marcher vers la guérison, la maladie s'étend en profondeur : elle envahit et détruit toutes les parties qu'elle rencontre ; mais les os lui opposent le plus souvent une barrière infranchissable, que respecte moins la scrofulide tuberculeuse. Il y a alors des ulcérations profondes, irrégulières, auxquelles succèdent, après la guérison, des cicatrices très apparentes, enfoncées et adhérentes aux os.

Diagnostic. — Le diagnostic de la scrofulide pustuleuse, que l'on établira sur les signes que nous venons de donner, est très important et quelquefois très difficile : on peut surtout confondre cette maladie avec l'impétigo et avec la syphilide pustulo-crustacée.

L'impétigo dartreux, qui offre, pour l'aspect, d'assez grandes ressemblances avec la scrofulide pustuleuse, présente en général une marche plus rapide ; les croûtes sont jaunes, flavescentes, molles, peu épaisses ; l'éruption est rarement circonscrite, elle est ordinairement plus étendue, souvent répandue sur diverses régions du corps. Les ulcérations sont très superficielles et elles ne sont pas suivies de cicatrices ; enfin, on observe ordinairement quelques symptômes de réaction locale, tels que de la chaleur, de la cuisson et des démangeaisons.

La syphilide pustulo-crustacée présente, dans certains cas, une telle ressemblance avec la scrofulide pus-

tuleuse et ulcéreuse, que la distinction offre beaucoup de difficulté. Dans les deux affections, la maladie est circonscrite; mais dans la syphilide, les croûtes présentent une couleur verte caractéristique: elles sont plus saillantes, plus inégales, plus dures; lorsque les croûtes viennent à tomber, on voit que les ulcérations sont nettement arrondies, que les bords sont taillés à pic, que le fond est recouvert de la pseudo-membrane spéciale à la syphilis; plus tard, on voit également des cicatrices qui sont moins profondes et qui conservent pendant longtemps une coloration brune; enfin la marche de l'éruption est ordinairement plus rapide que dans la scrofule. Dans quelques cas, les signes objectifs ne suffisent pas pour permettre de poser un diagnostic certain; il faut alors consulter les antécédents sans leur donner trop de valeur; il faut s'appuyer davantage sur les phénomènes concomitants, et quelquefois se tenir sur la réserve, en étudiant la marche de la maladie. Enfin dans quelques cas très incertains, le résultat du traitement pourra éclairer le diagnostic, resté jusque-là indécis : l'amélioration rapide, par les préparations mercurielles et iodées, viendra démontrer la nature syphilitique de l'affection, qui serait loin de s'amender si vite, et qui même s'aggraverait peut-être si elle appartenait à la scrofule.

4° Scrofulide tuberculeuse.

Avec la scrofulide pustuleuse, la scrofulide tuberculeuse est la variété la plus fréquente et elle est de toutes la plus grave. Elle se présente sous deux formes distinctes: la *forme tuberculeuse sans ulcération* ou *à ulcération superficielle;* la *forme tuberculeuse avec ulcération profonde.* Comme les symptômes et le pronostic de ces deux formes sont différents, nous allons donner une description distincte de chacune d'elles. Mais

auparavant il est utile d'entrer dans quelques détails relatifs à l'anatomie pathologique.

Depuis cinquante ans de nombreuses recherches d'anatomie pathologique, dues principalement à Blasius (Halle, 1822), à Rokitansky, à Auspitz (1), à Rindfleisch (2), à Lang (3), à Neumann, et dans ces derniers temps à Kaposi (4), à Besnier, à Vidal, à Volkmann (5), ont été entreprises pour éclairer le siège et la nature du lupus tuberculeux; elles ont établi, d'une manière définitive, que le siège anatomique de cette affection était dans le derme, pouvant même s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et qu'elle consistait principalement dans une production cellulaire atteignant le tissu conjonctif et les glandes de la peau. Dans ces derniers temps on a cherché de plus, en Allemagne et en France, à montrer l'analogie des lésions du lupus avec celles de la tuberculose.

D'après les dernières études de Lang, de Klebs, de Stelling, de Jarisch, de Kaposi, de Cornil (6), et surtout d'après les recherches du professeur Renaut et de ses élèves Chandelux et Laroque, c'est dans les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques que débutent les premières productions lupiques, par suite de la prolifération de leur paroi protoplasmatique et des éléments de leur gaine adventice, puis se développent des cellules embryonnaires provenant de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif dermique et d'autres provenant des glandes cutanées. Au milieu de cette production

(1) Auspitz, *Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus* (*Wiener med. Jahrbücher*, 1864).

(2) Rindfleisch, *Histologie pathologique*, trad. par Fred. Gross.

(3) Lang, *Zur Histologie des Lupus* (*Stricker's medic. Jahrbücher*).

(4) Kaposi, *Leçons sur la pathologie des maladies de la peau*, trad. et annotées par Besnier et Doyon. Paris, 1881.

(5) Volkmann, *Ueber Lupus und Tuberculose* (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1875).

(6) Cornil, *Manuel d'histologie pathologique*.

cellulaire diffuse qui se propage en suivant les vaisseaux lymphatiques, on peut distinguer des îlots en forme de nodules qui constituent ce qu'on a appelé les *nodules* ou *granulations lupiques*, lesquels, en se développant, soulèvent la surface du derme précédemment planiforme et constituent l'apparence montueuse dite *tuberculeuse*, qu'offre à l'œil nu la surface de la peau au sein de laquelle se développe le lupus. Ces îlots nodulaires que je viens d'indiquer s'isolent et s'individualisent de plus en plus, séparés par du tissu conjonctif de nouvelle formation, ils reproduisent dans leur aspect général la disposition des follicules d'un ganglion lymphatique. Ils commencent par se montrer dans les couches les plus superficielles du derme et ils gagnent peu à peu les parties profondes jusqu'à ce que la néoplasie ait envahi la toute l'épaisseur du chorion. En même temps, autour de ces lobules se développe un réticulum fin analogue au tissu lymphatique. Puis plusieurs de ces nodules se réunissent pour former des nodules secondaires isolés par une coque fibreuse. Un peu plus tard, chacun des nodules primitifs évolue dans le sens dégénératif, les cellules qui le constituent sont infiltrées de granulations et prennent les caractères des globules de pus. C'est alors qu'au centre de ces nodules, devenus caséeux, on trouve une large tache rouge correspondant à la cellule géante de Schüppel, autour de laquelle les cellules infiltrées de graisse et ne se colorant plus par le carmin ont acquis le caractère épithélioïde, tandis que les cellules plus périphériques conservent leur forme arrondie ; ces dernières sont des cellules embryonnaires, tantôt chargées de graisse, tantôt bien vivantes.

Au milieu de tous ces éléments cellulaires, les vaisseaux sanguins sont dilatés, de nouveaux vaisseaux même se produisent et restent perméables, tandis que d'autres s'oblitèrent ; quelques auteurs même (professeur Renaut)

pensent que les cellules géantes ne sont que des capillaires sanguins oblitérés. A côté de ces vaisseaux obstrués, d'autres se rompent et produisent de petites hémorrhagies ponctuées qu'on rencontre parfois dans l'épaisseur du derme.

Sans entrer dans des détails minutieux d'histologie, je dirai maintenant que l'évolution spontanée des lobules que je viens de décrire peut se faire de deux manières, par leur caséification ou par leur transformation fibreuse. Dans le premier cas, la dégénérescence caséeuse se fait du centre à la circonférence et le lobule entier est transformé en pus concret, épais, semblable à du mastic, qui peut se calcifier si l'ulcération ne se produit pas, ou qui est évacué au dehors par la participation de l'inflammation du corps muqueux au processus dermique et par l'altération de l'épiderme qui se rompt et qui constitue une ulcération, laquelle devient végétante par le développement de bourgeons charnus. Un autre cas peut aussi se produire, et, au lieu de se caséifier, les nodules peuvent devenir fibreux et la guérison se produit sans ulcération ; à un moment donné, la zone épithélioïde qui entoure la cellule géante change de caractère, les cellules embryonnaires de la périphérie prennent un aspect fusiforme et se colorent en rose par le carmin, comme les éléments d'un sarcome fasciculé ; la charpente réticulée représentant le tissu lymphatique étendu entre les lobules s'organise alors en tissu fibreux qui étouffe les autres éléments. J'ajoute que ces deux modes d'évolution du lupus ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et que dans une même région et dans le même lobule on peut voir la caséification et l'ulcération avoir lieu, tandis que dans d'autres points ou dans des parties différentes du même lobule, la transformation fibreuse se produit.

D'après cette description succincte des lésions histologiques du lupus, on comprend comment on est arrivé dans

ces derniers temps à considérer le processus lupique comme une lésion tuberculeuse vraie, en s'appuyant principalement sur la présence de la cellule géante entourée de cellules épithélioïdes, et sur l'évolution du nodule susceptible de se caséifier ou de se transformer en tissu fibreux. Ne sont-ce pas là les caractères essentiels du tubercule? A ces arguments on doit ajouter encore la présence des bacilles trouvés dans le pus et dans les végétations de certains lupus ulcérés. J'ai déjà examiné cette question de rapports de la scrofule et de la tuberculose à propos de la scrofule envisagée d'une manière générale, je n'ai pas à y revenir ici. (Voy. p. 910.)

Scrofulide tuberculeuse superficielle.

Cette forme est caractérisée par des saillies indolentes, molles, d'une rénitence élastique, de la grosseur d'un pois. Ces saillies sont comme demi-transparentes, jaunâtres, quelquefois d'un brun violacé, mais jamais du rouge brun des tubercules syphilitiques. Le plus habituellement, ces petites tumeurs sont groupées les unes à côté des autres, au nombre de huit à douze, et elles forment des plaques arrondies, des cercles, des segments de cercle ou des dessins irréguliers. On peut rencontrer un seul groupe, d'autres fois on en trouve plusieurs répandus sur diverses parties du corps; enfin, les tubercules peuvent être dispersés sur une grande étendue, comme dans la sous-variété appelée *scrofulide tuberculeuse disséminée*, qui ne présente, comme autre caractère spécial, que la généralisation de l'éruption.

La scrofulide tuberculeuse superficielle peut occuper toutes les parties du corps, mais son siège le plus fréquent est à la face, on l'observe surtout aux joues, aux lèvres ou au menton ; on la rencontre quelquefois sur le

tronc, sur les fesses et sur les parties sexuelles, plus rarement sur les membres.

L'infiltration du tissu cellulaire sous cutané-accompagne souvent la scrofulide tuberculeuse superficielle ; ce phénomène frappe plus les yeux que l'éruption tuberculeuse, aussi on a souvent désigné cet état morbide sous le nom de *lupus hypertrophique*. On ne doit pas d'ailleurs faire de cette dernière forme une espèce particulière ; elle est toujours réunie à une variété définie de scrofulides, soit à la scrofulide érythémateuse, soit à la scrofulide tuberculeuse. Cette hypertrophie du tissu cellulaire est fréquente à la face et lui imprime un aspect particulier ; les traits sont défigurés et effacés, les joues sont tuméfiées et pendantes, les lèvres sont énormes, les paupières, par leur tuméfaction, permettent à peine au malade de voir ; enfin la figure présente un aspect étrange. On pourrait confondre alors le lupus hypertrophique avec la cachexie pachydermique dans laquelle on observe une altération à peu près semblable des traits ; mais, d'une part, le lupus est caractérisé par l'altération érythémateuse ou tuberculeuse de la peau, et d'un autre côté, dans la cachexie pachydermique, le gonflement ne se borne pas à la face, et il existe, en outre, des phénomènes très évidents de dépression du côté du système nerveux.

Lorsque cet engorgement du tissu cellulaire siège aux membres, le volume des parties devient considérable et les éléments de la peau elle-même semblent être hypertrophiés. Les parties génitales peuvent aussi être le siège de cet engorgement ; alors la verge présente une dimension double ou triple de son volume normal ; et chez la femme, les grandes et les petites lèvres prennent un développement énorme. On a considéré quelquefois cette hypertrophie comme un exemple d'éléphantiasis des Arabes ; mais cette dernière maladie se développe sous un autre climat, elle s'accompagne de rugosités de la peau

qui la font ressembler à celle du rhinocéros ou de l'éléphant, et elle n'offre jamais les tubercules agglomérés de la scrofulide.

La scrofulide tuberculeuse non ulcérée a une marche essentiellement chronique, il est très rare de la voir durer moins de plusieurs années, et cependant le malade semble jouir d'une bonne santé : toutes ses fonctions s'exécutent bien, il n'y a aucune réaction locale ou générale ; la maladie est constituée uniquement par l'éruption tuberculeuse et elle se prolonge quelquefois pendant toute la vie.

Cette variété de scrofulide peut se terminer de plusieurs manières : le plus souvent, le tubercule s'affaisse, se décolore et disparaît par transformation fibreuse, en laissant une cicatrice déprimée, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération ; la maladie se rapproche alors beaucoup de la scrofulide érythémateuse ; quelquefois même ces deux formes érythémateuse et tuberculeuse superficielle se mélangent et se développent simultanément. Dans d'autres cas, le tubercule persiste indéfiniment ; ou bien encore il s'ulcère, mais alors l'ulcération est toujours superficielle, elle n'envahit qu'une partie du tubercule, et la guérison arrive ultérieurement par cicatrisation.

Diagnostic. — La scrofulide tuberculeuse simple est caractérisée par la coloration violacée des tubercules, par leur indolence, et par le gonflement du tissu cellulaire ambiant. Les seules maladies que l'on pourrait confondre avec elle sont : le psoriasis, l'herpès circiné et la syphilide tuberculeuse.

Le *psoriasis*, en effet, dans la variété désignée sous le nom de *lèpre vulgaire*, offre la forme circinée à circonférence saillante, mais il se distingue de la scrofulide tuberculeuse par sa saillie qui est uniforme et non formée par des tubercules, par des squames blanches, épaisses et imbriquées, bien distinctes des légers furfures qui

siègent quelquefois à la surface des tubercules, et ultérieurement par l'absence absolue de cicatrices.

L'herpès circiné, caractérisé surtout par des squames légèrement saillantes, diffère de la scrofulide tuberculeuse en cercle par sa marche plus rapide, par son extension centrifuge et par l'absence de tubercules.

La syphilide tuberculeuse en groupes présente aussi des tubercules, qui ne sont accompagnés d'aucune réaction locale ou générale, et qui ressemblent assez par leur couleur et par leur disposition aux tubercules scrofuleux ; mais les tubercules syphilitiques sont plus durs, plus bruns, moins violacés, ils ont une marche plus rapide et ils ne sont pas accompagnés du gonflement du tissu cellulaire sous-cutané. Malgré ces caractères distinctifs, il faut savoir qu'il existe encore des cas douteux ; c'est alors qu'on doit se servir pour le diagnostic des phénomènes antérieurs et concomitants, et même du résultat d'un traitement explorateur.

Scrofulide tuberculeuse avec ulcération.

Cette forme est la plus grave de toutes les variétés de scrofulides. Elle débute de même que la forme précédente, par huit ou dix tubercules rouge violacé, très rapprochés les uns des autres, mais ils sont plus gros, plus animés, on remarque autour de leur base une aréole inflammatoire, et ils sont promptement envahis par l'ulcération. La plaie qui se forme peut s'étendre en largeur ou en profondeur ; lorsqu'elle s'étend en superficie, de nouveaux tubercules apparaissent à côté des premiers, ils se ramollissent et s'ulcèrent rapidement ; la maladie peut ainsi occuper une large surface. Lorsque l'ulcération, au contraire, gagne en profondeur, elle attaque et détruit la peau, le tissu cellulaire, les muqueuses, les cartilages et les os eux-mêmes, qui ne

peuvent arrêter sa marche envahissante. Cette tendance destructive a fait donner à la maladie le nom de *lupus vorax*, par comparaison avec l'avidité du loup qui dévore la proie qu'il a saisie. Les croûtes qui recouvrent les ulcérations sont épaisses, brunâtres, souvent noires par le mélange du sang. Lorsque ces croûtes sont tombées, soit d'elles-mêmes, soit par l'effet d'applications topiques, on voit à la place qu'elles occupaient des ulcérations profondes, anfractueuses, fongueuses et mollasses, dont les bords sont irréguliers et décollés, dont la surface est quelquefois sanieuse, saignante, ou bien présente des bourgeons charnus de mauvaise nature ; enfin la sécrétion purulente est abondante, sanieuse et fétide. D'autres fois la suppuration est moins considérable ou même elle est tarie, la surface ulcérée est sèche, dure, fendillée, végétante ; c'est là ce que j'ai appelé la *scrofulide verruqueuse*, que Vidal a décrite sous le nom de *lupus scléreux*, variété caractérisée anatomiquement par la transformation fibreuse des nodules lupiques et par la production d'une couche superficielle papillomateuse simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes. J'ai déjà dit que cette forme est toujours secondaire.

Le siège le plus fréquent de la scrofulide tuberculeuse ulcérée se trouve être le nez ou ses alentours ; elle débute le plus habituellement par la peau, elle détruit les cartilages, la muqueuse, elle envahit le vomer et même le maxillaire supérieur ; dans quelques cas, elle commence par la pituitaire, envahit d'un côté les cartilages et la peau, et de l'autre les parties profondes, où elle détruit la cloison nasale, la voûte palatine, et établit une communication soit entre les deux narines, soit entre la bouche et les fosses nasales. Lorsque la maladie débute par la lèvre, elle la détruit, met les gencives à nu et peut ensuite envahir les maxillaires. A l'œil, elle

détruit une partie des paupières, produit une conjonctivite oculaire et quelquefois des ophthalmies graves suivies de cécité.

La scrofulide ulcéreuse peut encore occuper les autres parties du corps, comme le cou, la région sternale, les membres, surtout au voisinage des articulations, et les parties génitales. Huguier, pendant son séjour comme chirurgien à l'hôpital de Lourcine, publia un mémoire ayant pour titre : *De l'esthiomène de la vulve* (1) : sous ce nom, il décrivit des maladies ulcéreuses, envahissant et détruisant les grandes et les petites lèvres, et il les considéra comme étant de nature scrofuleuse, leur donnant ainsi le nom d'esthiomène alors adopté par Alibert. En lisant avec attention les observations de ce mémoire, on est porté à croire que les maladies décrites par cet auteur se rapportent plutôt à des chancres mous phagédéniques, affections alors peu connues, qu'à des ulcérations scrofuleuses. L'absence d'accidents constitutionnels, qu'il donne comme une des meilleures preuves pour rayer ces maladies du domaine de la syphilis, n'est pas une raison convaincante pour nous, de ne pas admettre leur nature vénérienne : en effet, les chancres phagédéniques sont ordinairement des ulcérations simples, non suivies d'infection générale, et le phagédénisme est fréquent chez les individus scrofuleux, ce qui explique encore les signes de scrofule notés chez quelques malades de Huguier. Une des raisons que je puis donner encore de ma manière de voir, c'est que les ulcères scrofuleux des parties génitales sont rares à l'hôpital Saint-Louis, et que je n'en ai pas encore rencontré un seul exemple, malgré le nombre considérable de scrofuleux que j'ai été à même d'observer. Je ne crois donc pas devoir admettre, comme étant de nature scrofuleuse, les affections observées par Huguier.

(1) Huguier, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XIV.

La durée de la scrofulide tuberculeuse ulcérée est très longue, et le plus souvent la maladie est envahissante. Par ses progrès, elle produit ces vastes destructions, ces plaies épouvantables et hideuses qu'on ne rencontre que trop souvent à la face, lesquelles donnent naissance à une suppuration abondante, quelquefois entraînent la cachexie, la fièvre hectique, et peuvent causer la mort par épuisement. Cette terminaison fatale, due seulement à l'abondance de la suppuration, est rare; cependant j'en ai observé plusieurs exemples.

La maladie peut s'arrêter spontanément, mais le plus souvent la guérison arrive sous l'influence d'un traitement rationnel. Dans ce cas, les croûtes finissent par tomber, et l'on trouve au-dessous d'elles une cicatrice toute formée, ou une ulcération en voie de réparation. C'est après la guérison de cette variété de scrofulides que l'on voit ces cicatrices saillantes, bridées, et souvent vicieuses par les rétractions qu'elles entraînent. C'est après une scrofulide tuberculeuse que l'on rencontre une atrésie de la bouche portée au point de gêner la parole et la préhension des aliments, ou une destruction des lèvres ne pouvant plus retenir la salive. On peut encore voir le nez détruit en totalité ou en partie, une narine oblitérée, les paupières froncées, tirées, et formant un ectropion, le conduit auditif oblitéré et amenant la surdité, et même l'absence complète d'une oreille, comme je l'ai observé chez deux malades. Au cou, ces brides cicatricielles, semblables aux cicatrices qui succèdent aux brûlures du troisième et du quatrième degré, peuvent produire le torticolis; aux membres, elles peuvent gêner les mouvements. Comme particularité appartenant à ces scrofulides tuberculeuses, j'ajoute que, même après la cicatrisation d'ulcères, la guérison est loin d'être toujours définitive, et qu'on voit fréquemment la maladie récidiver quelques mois ou quelques années plus tard.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile, et il est établi d'après ces ulcérations profondes et irrégulières, à bords minces et décollés, à fond blafard et mollasse, à suppuration séro-purulente, et d'après l'aspect des croûtes habituellement grises ou noires et peu consistantes. Ces ulcérations pourraient cependant être confondues avec les ulcérations syphilitiques ou avec les ulcérations cancroïdiennes ou cancéreuses; il est nécessaire d'indiquer ici les signes à l'aide desquels on doit établir le diagnostic différentiel.

Les ulcérations syphilitiques peuvent occuper le même siège et produire aussi la corrosion des parties atteintes; cependant il est rare que la syphilis produise une destruction aussi profonde; comme je l'ai déjà dit, ses ulcérations sont taillées à pic et les bords sont plus réguliers et non décollés; les plaies sont entourées d'une auréole d'un rouge brun et non pas violacé; les croûtes sont dures, verdâtres et non pas noires; les cicatrices sont beaucoup moins prononcées; enfin, on doit tenir compte des phénomènes antérieurs et concomitants, et du résultat du traitement.

Les ulcérations cancroïdiennes débutent rarement par un tubercule; ordinairement c'est par une verrue qui persiste un certain temps et qui s'ulcère, ou bien même l'ulcération survient d'emblée; mais le caractère diagnostique le plus important à noter, c'est l'existence d'un bourrelet saillant qui entoure presque partout l'ulcération, et qui n'existe jamais dans la scrofulide ulcérée.

Les ulcérations cancéreuses envahissent tous les tissus, et les détruisent comme les scrofulides; mais elles ne sont pas bornées à leur circonférence par des tubercules scrofuleux, ce sont des bosselures noueuses, dures et plus volumineuses; de plus, la plaie a une tendance à végéter, à se renverser en dehors; elle présente un aspect ichoreux particulier, et elle est habituellement accompa-

gnée de douleurs lancinantes. Dans les circonstances où le doute existe, l'âge peut souvent servir de signe diagnostique, car le cancer se développe rarement avant cinquante ans, tandis que la scrofule se montre plus souvent chez les enfants et chez les adultes peu avancés en âge.

5° Scrofulide phlegmoneuse.

J'ai donné le nom de *scrofulide phlegmoneuse*, à une variété de scrofulides caractérisée par le développement de petits abcès cutanés, que quelques auteurs ont appelés abcès dermiques, et auxquels, plus récemment, Besnier et Vidal ont donné le nom de gommes scrofuleuses. Ces abcès débutent par une petite tumeur qui grossit graduellement et qui peut acquérir le volume d'une amande ou même celui d'une noix; au bout d'un temps assez long elle se ramollit, et la fluctuation annonce la présence du pus. La peau qui recouvre cette tumeur présente une teinte d'un rouge violacé; elle s'amincit, finit par se déchirer, et laisse écouler du pus séreux, mal lié, grumeleux. Bientôt une croûte se forme sur l'ulcération, l'écoulement se tarit momentanément, puis une nouvelle ouverture ne tarde pas à se faire à côté de la première, souvent au même endroit, pour se refermer encore au moyen d'une nouvelle croûte. Il se forme ainsi successivement plusieurs ouvertures qui finissent par se réunir et par former une ulcération plus ou moins étendue, laquelle présente alors tous les caractères des ulcérations scrofuleuses. Ces abcès peuvent être isolés ou agglomérés, et leur nombre est variable. On les rencontre surtout à la face, mais ils peuvent occuper aussi le tronc ou les membres.

La durée de chaque abcès est assez longue; la suppuration s'établit assez rapidement, ainsi que la formation des croûtes, mais la cicatrisation des ulcérations est lente;

la cicatrice, d'abord violacée, devient blanchâtre, inégale, réticulée. Dans quelques cas, l'ouverture de la tumeur n'a pas lieu, le pus est résorbé, la peau se recolle et il n'y a pas d'ulcération; la place de l'abcès est alors indiquée par une tache violacée et plus tard par une cicatrice peu profonde, mais déprimée et inégale.

La durée totale de la scrofulide phlegmoneuse est très longue, surtout lorsque l'éruption se fait par poussées successives; on peut voir des malades chez lesquels des abcès se développent ainsi successivement, et chez lesquels la maladie se prolonge pendant plusieurs années.

Diagnostic. — La scrofulide phlegmoneuse a des caractères tellement tranchés, qu'elle ne pourrait être confondue ni avec les abcès ganglionnaires, ni avec les abcès du tissu cellulaire; le peu de volume de l'abcès et son siège superficiel suffisent pour le faire distinguer. La scrofulide phlegmoneuse existe souvent en même temps que les autres variétés de scrofulides, et en même temps que les autres manifestations de la scrofule.

Pronostic des scrofulides. — Le pronostic des scrofulides est toujours grave ; ce sont des maladies chroniques, persistant souvent pendant plusieurs années et même quelquefois pendant toute la vie, malgré le traitement le plus rationnel. Elles peuvent causer la mort du malade par le fait d'une suppuration trop abondante, qui produit une altération profonde dans la nutrition. Le plus souvent cependant, la terminaison funeste est due à une complication dépendante ou non de la maladie principale. Quand les scrofulides guérissent, elles laissent toujours des cicatrices indélébiles, souvent difformes, et très désagréables lorsqu'elles sont situées dans des endroits apparents.

Le pronostic, d'ailleurs, varie selon la forme de la scro-

fule cutanée : ainsi, la scrofulide érythémateuse, qui n'est pas grave pour la santé générale, est une maladie très rebelle au traitement, et qui dure souvent toute la vie ; la scrofulide pustuleuse, qui a une apparence beaucoup plus grave par l'étendue et la profondeur de ses ulcérations et par l'épaisseur de ses croûtes, cède ordinairement beaucoup plus vite au traitement, et ne produit pas les désordres considérables consécutifs à la scrofulide tuberculo-ulcéreuse. C'est cette dernière variété, en effet, qui amène la destruction du nez, du vomer, de la voûte palatine, qui détruit toutes les parties qu'elle attaque, et qui laisse après elle des difformités affreuses.

Le pronostic varie encore avec la marche et l'étendue de la lésion : dans certains cas, la maladie reste à l'état stationnaire pendant des années; dans d'autres cas, au contraire, la marche est très rapide, comme phagédénique, et elle peut causer la mort en peu de temps. L'étendue de la lésion fait aussi varier le pronostic : ainsi, lorsqu'il n'y a qu'une plaque tuberculeuse assez circonscrite, on pourra attaquer la maladie par un traitement local énergique, tandis que, si la lésion est très étendue, il faudra attendre beaucoup plus lentement la guérison en n'employant qu'un traitement général.

En parlant du pronostic, il ne faut pas oublier l'heureuse influence que certaines maladies peuvent exercer sur les scrofulides : nous avons vu quelquefois des ulcérations profondes, qui avaient résisté longtemps à tous les moyens thérapeutiques, se cicatriser promptement la suite d'un érysipèle ou d'une fièvre éruptive.

Traitement. — Le traitement des scrofulides, comme lorsqu'il s'agit de toutes les autres manifestations de la scrofule, comprend deux parties principales : le traite-

ment de la scrofule, de la maladie générale, et celui des manifestations cutanées, c'est-à-dire un traitement général et un traitement local.

Traitement général. — C'est celui de la scrofule dont j'ai déjà parlé. Pour éviter des répétitions inutiles, je ne m'arrêterai que sur les moyens dont l'emploi est le plus habituel dans les scrofulides.

Comme pour la scrofule, l'huile de foie de morue est sans contredit le meilleur médicament à employer dans les manifestations cutanées. On en donne une cuillerée à bouche par jour, et l'on augmente graduellement jusqu'à trois et quatre. Quelques médecins en font prendre jusqu'à un verre et même deux verres par jour ; je crois inutile d'aller jusqu'à cette dose, je ne m'en suis jamais bien trouvé ; l'huile est alors mal digérée, elle fatigue l'estomac, produit l'anorexie, et s'oppose ainsi à la régularité de la nutrition, indispensable pour la réussite du traitement.

A l'huile de foie de morue, j'ajouterai, mais comme moyens accessoires, les amers, tels que la gentiane, l'infusion de houblon, de feuilles de noyer (1), les préparations de fer, et particulièrement l'iodure de fer. Les préparations iodées et surtout l'iodure de potassium ont également un bon effet sur les scrofulides et dans les cas d'ulcérations rebelles. Elles sont principalement indiquées lorsque les affections osseuses se rencontrent concurremment avec les lésions de la peau ; mais je leur préfère cependant le chlorure de sodium, qui m'a donné souvent d'excellents résultats dans les ulcérations profondes et rebelles. On a conseillé dernièrement l'iodoforme à l'intérieur administré sous forme de pilules à la dose quotidionne de 10 à 50 centigrammes (iodoforme, 5 centigrammes ; extrait de gentiane,) Q. S. pour une pi-

(1) Négrier, *Traitement par les préparations de feuilles de noyer* (*Arch. génér. de médecine*, 1841).

lule) ; j'ai peu employé ce médicament, je n'en connais pas la valeur absolue ; Besnier affirme s'en être bien trouvé dans quelques cas graves.

Je dois répéter ici ce que j'ai dit en parlant du traitement des diverses manifestations de la scrofule, savoir que, dans la thérapeutique des scrofulides, le traitement général joue le rôle principal ; qu'à lui seul il peut produire la guérison, tandis que les moyens locaux n'agissent souvent que quand la médication interne a déjà produit dans l'économie une modification favorable ; je suis sur ce point en désaccord avec la plupart de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis, qui donnent la préférence aux moyens locaux.

Traitement local.— Dans quelques cas, les scrofulides réclament un traitement local, mais alors encore on ne doit l'appliquer qu'après avoir soumis les malades pendant quelque temps au traitement général, lequel, comme je viens de le dire, produit une modification nécessaire pour que les moyens topiques puissent avoir une action favorable.

Les topiques émollients ont peu d'importance ; ils ne servent qu'à favoriser l'ouverture des abcès dermiques, et à débarrasser les parties malades des croûtes qui peuvent quelquefois s'opposer à la cicatrisation.

Les lotions excitantes, telles que celles qui sont faites avec l'infusion de feuilles de noyer, le vin aromatique, la décoction de quinquina, sont rarement utiles. L'huile de cade elle-même est peu efficace ; elle peut s'employer avec avantage dans les scrofulides superficielles, dans les variétés acnéique ou érythémateuse ; elle agit alors comme un caustique faible. On peut encore y avoir recours dans les autres scrofulides, à la fin, lorsqu'il ne reste plus qu'un peu de rougeur et de desquamation. Comme modificateur plus puissant, on a employé l'iode caustique, dont voici la formule :

Eau distillée.....	30	grammes.
Iodure de potassium.....	3	—
Iode pur.....	1	—

On trempe un pinceau dans cette solution, et on le promène légèrement sur les ulcérations pour en faciliter la cicatrisation, aussi bien que sur les saillies dues à des taches érythémateuses ou à des tubercules, pour les affaisser. Ces divers modificateurs, d'ailleurs, sont impuissants dans la plupart des cas.

Le plus souvent il faut recourir à des caustiques plus puissants, tels que la poudre caustique de Vienne, la potasse caustique, le chlorure de zinc ou la pâte de Canquoin. On produit ainsi une eschare, et l'on transforme une plaie sans tendance à se cicatriser, en une plaie simple ayant une grande tendance à la guérison. Ces caustiques doivent être employés avec circonspection, et on ne doit pas les laisser appliqués longtemps, car ils pourraient amener des cicatrices plus apparentes que la maladie elle-même n'en produirait; aussi ne doit-on y avoir recours que dans les cas d'ulcérations circonscrites et peu étendues. Dans la scrofulide phlegmoneuse, il est souvent avantageux, lorsque la peau est amincie et près d'être ulcérée, d'ouvrir l'abcès avec un peu de caustique de Vienne; la cicatrisation de l'ulcération est alors plus rapide. Dans la scrofulide érythémateuse peu étendue j'ai souvent obtenu une guérison complète et une cicatrice peu apparente avec le caustique de Vienne appliqué pendant deux ou trois minutes et en renouvelant cette application plusieurs fois, de manière à atteindre successivement tous les points malades. Besnier vante la cautérisation ponctuée avec le thermocautère; je crois que les cicatrices obtenues après l'application bien faite du caustique de Vienne sont moins apparentes.

Une préparation caustique ou plutôt vésicante, que j'ai employée avec avantage, c'est le biiodure de mercure. Je me sers surtout de la pommade faite avec parties égales d'axonge et de biiodure; comme cette pommade est épaisse et difficile à employer, je la fais chauffer au moment de m'en servir ; alors la graisse se liquéfie, et avec un pinceau j'en étale une petite couche sur les parties malades. On n'essuie pas, on laisse la pommade continuer son action ; il survient une douleur assez vive qui dure de cinq à douze heures, puis il s'établit une sécrétion séro-plastique qui forme une croûte jaunâtre ou brune, ressemblant à celle de l'impétigo ; en même temps il se développe autour du point touché de la rougeur et un peu de gonflement. Puis l'inflammation s'apaise, et, quand la croûte tombe, au bout de huit à quinze jours, on constate une modification heureuse survenue dans les parties malades : les saillies qui existaient dans les scrofulides érythémateuse ou acnéique sont moins prononcées ; l'ulcération s'est rétrécie et a une tendance à la cicatrisation dans les scrofulides ulcérées. On a été amené à employer ce topique, en voyant les bons résultats qui surviennent après un érysipèle ; par cette irritation artificielle, on cherche à déterminer une inflammation cutanée analogue à celle de l'érysipèle spontané. Malheureusement ce procédé de traitement est très douloureux, et, comme il faut le renouveler à plusieurs reprises, les malades ont de la peine à s'y soumettre.

On a encore vanté comme topiques certaines substances vésicantes : Bazin a employé l'huile de noix d'acajou et il disait en avoir obtenu de très bons résultats ; mais c'est une substance difficile à se procurer. Le même auteur a encore essayé l'huile de croton tiglium ; mais par son emploi on obtient une modification beaucoup moins efficace que celle obtenue par le biiodure de mercure.

C'est ici le lieu de parler du traitement chirurgical des scrofulides proposé par Volkmann (1), par Bolmano-Squire et par Vidal, et qui consiste dans des scarifications et dans des raclages sur les parties malades. Les scarifications linéaires, vantées surtout par Bolmano-Squire, sont faites avec une lancette ou un bistouri; rapprochées les unes des autres, elles sont tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires; il est nécessaire d'ailleurs que tous les tissus morbides soient atteints et qu'on pénètre jusqu'à la partie saine. De ces sections, il résulte une hémorrhagie momentanée qu'on arrête facilement avec de la ouate ou de l'amadou, et les plaies qui résultent de ces sections se cicatrisent promptement. Le raclage, qui convient surtout pour enlever les bourgeons charnus exubérants, qui recouvrent certains ulcères scrofuleux, sont pratiqués au moyen de la curette de Volkmann ou de quelques autres instruments analogues qui servent à enlever les tissus mous et fongueux, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur une partie du derme offrant de la consistance et supposée saine. Depuis dix ans environ, ce traitement chirurgical a été appliqué sur une grande échelle en Allemagne, en Angleterre et en France dans les différentes formes de lupus, et on a commencé par en vanter beaucoup les bons effets; il est vrai qu'il a donné quelquefois de bons résultats, particulièrement dans la scrofulide pustuleuse ulcérée peu profonde; mais il est peu efficace dans le lupus érythémateux, et il ne réussit pas à arrêter les progrès du lupus ulcéré envahissant, profond et étendu. Dans la plupart des cas, j'ai vu les améliorations, obtenues d'abord, être suivies de récidives, et Besnier, qui s'était montré partisan des scarifications et du raclage, avoue maintenant qu'il s'est illusionné sur leur efficacité, et propose de les abandonner pour la cau-

(1) Volkmann, *Ueber Lupus und seine Behandlung (Sammlung klinischer Vorträge).*

térisation ponctuée pratiquée avec le thermocautère. Pour ma part, je bornerais l'emploi des scarifications au traitement des ulcérations peu profondes, consécutives à la scrofulide pustuleuse et à la scrofulide tuberculeuse superficielle, et je conseillerais le raclage dans le cas de fongosités mollasses, exubérantes (*lupus excedens*), pour modifier la surface de la plaie et pour aider à la cicatrisation. Mais je répète que, malgré les succès réels obtenus par Vidal, je suis loin de croire à l'efficacité ordinaire du traitement chirurgical du lupus, et je pense que son application doit être plus bornée qu'on ne l'a proposé.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des moyens hygiéniques à propos du traitement de la scrofule, ces moyens trouvent leur application dans les scrofulides, comme dans toutes les autres manifestations scrofuleuses; je répéterai seulement qu'à l'usage des toniques, au traitement général médicamenteux et hygiénique, on devra encore ajouter les bains, tels que les bains salés, les bains sulfureux, les bains de sel Pennès (composés surtout de phosphate et de sulfate de chaux), et les bains de mer pris dans la saison chaude. Ces bains favorisent quelquefois la cicatrisation d'ulcérations atoniques ne présentant depuis longtemps aucune tendance à la guérison. Mais, lorsque le malade le pourra, il sera préférable de l'envoyer aux eaux minérales. Prises à l'intérieur, ces eaux ont en général peu d'action sur les scrofulides; mais en bains, elles peuvent avoir une heureuse influence. Celles qui donnent ordinairement un bon résultat sont les eaux sulfureuses et surtout celles qui sont très riches en soufre, telles que les eaux de Barèges, de Luchon, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, de Schinznach; on obtient aussi des succès par les eaux bromo-iodurées, telles que celles de Kreutznach, de Nauheim, de Salins, de Salins-Moustier, de Salins de

Béarn; enfin les eaux de Louëche, qui ne contiennent pas de soufre et qui sont très peu salines, jouissent à bon droit d'une grande réputation dans le traitement des manifestations cutanées de la scrofule. Sous l'influence des eaux minérales, la vitalité est excitée, la maladie prend une marche plus rapide, une affection restée stationnaire depuis longtemps avance vers la guérison; les ulcérations se détergent, la cicatrisation marche plus vite, et la guérison peut être plus tôt obtenue. Cependant on doit savoir que leur action n'est souvent qu'accessoire; ordinairement elles n'agissent en bien que lorsque la maladie a déjà été améliorée par une médication générale et locale; alors elles sont un adjuvant très utile, elles constituent un complément de traitement qui peut venir achever la guérison.

c. Tuberculose cutanée.

A côté des scrofulides considérées maintenant en Allemagne et même en France comme des lésions tuberculeuses, ainsi que je l'ai dit, on rencontre à la peau des tumeurs spéciales, de nature positivement tuberculeuse, et dont je dois placer ici la description. Ces tumeurs sont analogues aux ulcérations tuberculeuses qui ont été observées sur la langue, dans la bouche, au pharynx; ce sont des tuberculoses locales qui peuvent être associées à une affection pulmonaire de même nature, plus ou moins avancée, mais qui sont quelquefois isolées de toute autre lésion et qui échappent souvent, comme la tuberculose génitale et vésicale, à la loi de Louis, qui tend à établir qu'il y ait toujours, chez les adultes, de la tuberculose pulmonaire lorsqu'il existe des tubercules dans un point quelconque de l'organisme.

Dans ses leçons sur la scrofule (1861), Bazin indique avoir observé un exemple de tumeurs cutanées variables

en volume, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une cerise, se ramollissant, s'ulcérant et donnant issue à une matière caséeuse, puis à du pus véritable. Il avait considéré ces tumeurs comme étant de nature tuberculeuse et leur contenu comme constitué par de la matière tuberculeuse semblable au tubercule pulmonaire. Dans ces tumeurs observées par Bazin, ouvertes au dehors, le kyste se vidait et, suivant son expression, ses parois se cicatrisaient plus vite et mieux que celles des cavernes pulmonaires. Mais cette indication de Bazin resta isolée et ce n'est que dans ces dernières années, et à propos des recherches histologiques ayant pour but de démontrer la nature tuberculeuse du lupus, que l'attention médicale a été attirée sur l'existence de la véritable tuberculose de la peau par Coyne (1), par Jarisch (2), par Riehl (3) et surtout par Vidal (4), lesquels ont cité des observations de tumeurs cutanées à constitution histologique semblable à celle du tubercule. J'ajoute que récemment encore on a tenté de rattacher à ces tumeurs l'affection désignée sous le nom de tubercule anatomique, consécutive aux piqûres anatomiques ; sous l'influence de Verneuil, on a de la tendance aujourd'hui à considérer cette affection comme une tuberculose locale produite par l'inoculation de produits tuberculeux.

Anatomie pathologique. — Dans les tumeurs cutanées tuberculeuses de même que dans le tubercule anatomique, on trouve manifestement des granulations tuberculeuses ramollies à leur centre, avec des cellules géantes entourées de tissu fibreux condensé, tout à fait semblables à la granulation grise de Louis.

Symptômes. — D'après les diverses observations qu'on

(1) Coyne, *Arch. de physiologie*, 1871-1872, p. 100.
(2) *Vserteljareschrif. für dermatol.*, 1879, p. 265.
(3) *Wiener med. Wochensch.*, nos 44 et 45, 1884.
(4) *Annal. de dermatol.*, 1882, p. 457.

possède de tuberculose cutanée, cette maladie a toujours été constituée par de petites tumeurs arrondies ou ovales, légèrement saillantes au-dessus du niveau de la peau, d'abord non colorées, puis devenant plus tard d'un rouge un peu violacé. Dans la presque unanimité des cas, ces tumeurs étaient le siège de douleurs vives, lancinantes. Après quelques semaines de durée, ces tumeurs se ramollissent, puis s'ulcèrent et laissent échapper par cette ouverture un pus granuleux, blanchâtre et caséeux, dans lequel il a été possible quelquefois de trouver des bacilles. Lorsque ces tumeurs s'ulcèrent, elles présentent à la surface ulcérée de petites granulations jaunâtres disséminées çà et là et de petites excoriations arrondies qui résultent du ramollissement des granulations tuberculeuses; quelquefois la solution de continuité est recouverte par une croûte noirâtre peu épaisse.

Ces ulcérations ressemblent complètement par leurs caractères objectifs aux ulcères tuberculeux observés sur la muqueuse linguale et sur le pharynx par le professeur Trélat, par Isambert et par d'autres médecins français. Après une suppuration de plusieurs semaines, la collection purulente se vide, la cavité revient sur elle-même et la cicatrisation peut avoir lieu.

Les tumeurs tuberculeuses cutanées sont en nombre variable, il peut n'en exister qu'une, mais on en observe ordinairement plusieurs qui se développent soit simultanément, soit successivement. Le siège le plus ordinaire de ces tumeurs est à la face, aux lèvres, à la joue, aux oreilles; dans l'observation de Vidal, elles siégeaient aux épaules et sur la région thoracique; il est plus rare d'en rencontrer aux membres, et surtout aux membres supérieurs.

La santé générale peut être conservée malgré l'existence de ces tumeurs et de ces ulcérations, et la tuberculose est tout à fait locale, mais le plus souvent elles

coïncident avec des ulcérations de même nature, développées au pharynx, au larynx et surtout avec les divers degrés de la tuberculose pulmonaire.

Dans les cas où la tuberculose est consécutive à une piqûre anatomique ou à une inoculation de matières cadavériques à la faveur d'une excoriation, il se produit à l'endroit contaminé, et le plus ordinairement à un doigt ou sur le dos de la main, une tumeur inégale, fendillée, d'apparence verruqueuse, rebelle et récidivante. J'en parle ici parce qu'on a voulu considérer le tubercule anatomique comme une lésion tuberculeuse consécutive à une inoculation, mais les caractères objectifs et la marche de ce tubercule anatomique et des tumeurs tuberculeuses cutanées sont tellement différents, que je ne puis croire à l'identité de ces maladies; et d'ailleurs, malgré l'autorité de Verneuil, l'origine tuberculeuse du tubercule anatomique est encore une hypothèse.

Diagnostic. — La tuberculose cutanée peut être reconnue à l'existence de petites tumeurs douloureuses, susceptibles de s'ulcérer et de donner naissance à des ulcérations granuleuses et déchiquetées, d'une apparence spéciale. Il est évident que la présence de bacilles dans le pus serait un signe diagnostique d'une grande valeur, pour caractériser ces tumeurs et pour les différencier d'autres tumeurs cutanées. On pourrait surtout confondre cette tuberculose avec des abcès froids et avec les scrofulides ulcérées. Avant l'ouverture de l'abcès, l'aspect de la tumeur est à peu près le même; toutefois l'abcès froid est ordinairement d'un volume plus considérable, le pus est plus séreux, moins caséeux, l'ulcération ne présente pas ces granulations que j'ai indiquées comme caractérisant spécialement les ulcères tuberculeux. Quant aux affections scrofuleuses de la peau, qu'on regarde actuellement en Allemagne et même en France, sous l'influence de Friedlander, comme analogues à la tuber-

culose cutanée et qu'on veut confondre sous la même dénomination, je pense qu'on peut les distinguer par la marche si lente du lupus, par l'indolence de cette affection opposée aux douleurs qui accompagnent la tuberculose cutanée et par l'aspect de l'ulcération, qui ne présente pas dans le lupus cette surface déchiquetée, granuleuse et entourée d'un semis de petits tubercules jaunâtres. Ces caractères distinctifs, qui séparent si nettement la tuberculose cutanée des scrofulides, militent en faveur de l'opinion soutenue par Vidal, que le lupus n'est pas une lésion tuberculeuse vraie, malgré l'identité des lésions anatomiques qu'on rencontre dans les deux maladies, malgré la présence des cellules géantes, qu'on retrouve d'ailleurs dans plusieurs affections dissemblables.

Le *pronostic* de la tuberculose cutanée dépend de la santé générale et de l'absence ou de l'existence d'autres affections tuberculeuses. Si les tumeurs cutanées sont sans complications internes, la tuberculose peut rester locale et la guérison peut avoir lieu par la cicatrisation des ulcérations; mais le plus ordinairement il y a coïncidence de tuberculose ou laryngée, ou pulmonaire, ou abdominale, et la mort est le résultat de ces complications graves, dont on doit même craindre le développement ultérieur, alors que la tuberculose cutanée est primitivement localisée.

On ne sait rien de spécial sur l'*étiologie* de la tuberculose cutanée, à moins qu'on ne répète les lieux communs relatifs à l'étiologie de la tuberculose en général. Verneuil a publié le cas d'un étudiant chez lequel une tuberculose cutanée s'est développée après une piqûre anatomique, et il incline à voir là un exemple d'inoculation tuberculeuse; mais dans ce fait on ne sait pas même si le cadavre autopsié était tuberculeux et on ne peut ainsi arriver à une conclusion rigoureuse.

Traitement. — On doit traiter la tuberculose cutanée d'abord par des cataplasmes émollients, puis par une ouverture à l'aide du bistouri ou d'un caustique, lorsque le ramollissement de la tumeur et la fluctuation annoncent la formation du pus ; plus tard il faut favoriser la cicatrisation avec des lotions aromatiques ou stimulantes, avec des pommades détersives telles que le styrax, l'onguent digestif, la pommade à l'iodoforme. Mais surtout il faut chercher à modifier l'état général par une bonne hygiène, par les médicaments qui peuvent enrayer la marche de la tuberculose et particulièrement par l'emploi de l'huile de foie de morue, du phosphate de chaux, du chlorure de sodium et des préparations arsenicales.

d. Rhinosclérome.

Ce nom a été donné, par Hébra et par son élève Kaposi, à une maladie singulière qu'ils ont décrite et qui consiste dans une induration d'une nature spéciale, affectant le nez, la lèvre supérieure et la muqueuse des narines. Cette affection n'a guère été observée en France et elle n'a donné lieu à aucune description faite par un médecin français. Pour ma part, je n'en ai vu qu'un seul exemple, et c'était à l'hôpital de Vienne, dans le service de Kaposi.

L'altération histologique du rhinosclérome consiste dans une infiltration des tissus malades, c'est-à-dire de la peau, de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-cutané par des cellules rondes et très serrées, susceptibles de se transformer plus tard en tissu conjonctif; au milieu de ces cellules, le professeur Frisch, de Vienne, aurait trouvé des bactéries ayant la forme de bâtonnets très courts et le plus souvent articulés deux à deux. En laissant de côté cet élément parasitaire, dont la présence n'a été signalée jusqu'à présent que par Frisch, on voit que les altérations du rhinosclérome se rapportent à une

inflammation chronique ; mais Kaposi, s'appuyant sur l'aspect clinique de la maladie et sur sa tendance à se propager et à détruire les tissus voisins, préfère considérer la maladie comme un néoplasme analogue au sarcome.

Symptômes. — Le rhinosclérome se manifeste par des plaques et des nodosités faisant un léger relief au-dessus de la surface de la peau et se développant d'abord sur les côtés du nez et sur la cloison des fosses nasales ; ces tubérosités, légèrement douloureuses à la pression, complètement inhérentes à la peau et pouvant être soulevées avec elle, présentent une couleur rosée peu foncée, ou même la coloration cutanée normale, mais elles sont luisantes et sont quelquefois parcourues par de petits vaisseaux. Peu à peu l'infiltration augmente d'étendue et d'épaisseur, le nez est élargi ; au toucher, il est raide et immobile, on n'arrive pas à en rapprocher les parois en les pressant ; puis l'orifice des narines s'obstrue, les cavités nasales se rétrécissent ; la maladie gagne la lèvre supérieure, les gencives, la muqueuse qui recouvre la voûte palatine et la luette ; les piliers du voile du palais se présentent alors comme des brides luisantes, les gencives sont tuméfiées, les dents s'ébranlent et tombent, et on observe alors quelquefois des érosions superficielles et même des perforations complètes survenues au voile du palais. Kaposi dit avoir vu, dans quelques cas, l'induration atteindre l'épiglotte et le larynx en déterminant alors de l'aphonie, des suffocations et des attaques épileptiformes.

A part l'ulcération qui peut se manifester au voile du palais, les tissus indurés ne se ramollissent pas et ne s'ulcèrent pas ; si on les incise, le bistouri pénètre facilement dans la partie malade, malgré sa rigidité, et la cicatrisation survient promptement ; d'autre part, si on extirpe tout ou partie des tumeurs, le néoplasme se reproduit rapidement.

Sauf la gêne de la respiration apportée par le rétrécissement des narines, le larmoiement consécutif à l'obstruction du canal nasal, et la dysphagie qui peut être le résultat de la lésion propagée au voile du palais et à l'isthme du gosier, il n'y a ni douleur spontanée, ni phénomènes subjectifs et la santé générale est conservée.

Le rhinosclérome est une affection de longue durée et qui peut se prolonger pendant plusieurs années, de manière à constituer plutôt une difformité du visage qu'une maladie; cependant la mort peut survenir à la suite d'accès de suffocation; dans un cas rapporté par le docteur Zeissl (1), les tumeurs étendues au nez et à la muqueuse buccale et palatine se ramollirent, s'ulcérèrent et le malade mourut avec les signes d'une cachexie progressive; mais s'agissait-il bien alors d'un rhinosclérome, dont le caractère distinctif, d'après Hébra et Kaposi, serait de ne pas s'ulcérer.

Diagnostic. — Le rhinosclérome peut être confondu avec le lupus, avec les tubercules syphilitiques et avec le carcinome cutané. Il est évident que la maladie dont il est question ressemble au lupus tuberculeux; j'ajoute que si la maladie a existé en France, ce qui est probable, elle a dû être confondue avec la scrofulide tuberculeuse; toutefois, l'absence de coloration violacée, le volume des nodosités, plus volumineuses que les tubercules lupeux, la douleur à la pression, l'induration et le gonflement considérable, l'absence d'ulcérations sont des caractères distinctifs du rhinosclérome. De même encore, l'absence de coloration spéciale, l'intensité du gonflement, la longue durée de la maladie sans ulcération, la résistance au traitement iodo-mercuriel sont des caractères qui empêcheraient de croire à une affection syphilitique. Quant à la distinction à établir entre le rhinosclérome et

(1) *Annales de dermatologie*, p. 623, 1880.

les tumeurs cancéreuses, elle est plus difficile : il n'y a guère que la longue durée de la maladie sans ulcération qui puisse servir de signe diagnostique; on comprend d'ailleurs la difficulté de ce problème pratique, puisque Kaposi lui-même incline à rapprocher du sarcome la maladie qu'il a décrite.

Quant au *traitement*, il y a peu de chose à en dire, la médication interne comprenant les préparations iodurées, mercurielles et arsenicales a été complètement inefficace; l'intervention chirurgicale a été également sans succès, la lésion néoplasique s'étant toujours reproduite après l'extirpation partielle ou totale des tissus indurés. Je dois ajouter cependant que Simon, de Breslau, dit avoir enrayé les progrès d'un rhinosclérome en employant des frictions avec une pommade contenant un dixième d'acide pyrogallique.

e. Syphilides, syphilis.

Quoique l'histoire générale de la syphilis ne rentre pas dans l'étude des maladies de la peau, je crois, avant de commencer la description des syphilides, devoir en présenter une description succincte, comme je l'ai fait pour la scrofule, avant de parler des scrofulides. Cette étude est nécessaire d'ailleurs pour bien comprendre plusieurs des questions qui se rencontreront à propos des éruptions consécutives à l'infection syphilitique.

Syphilis.

Définition. — La définition de la syphilis, comme celle de toutes les maladies constitutionnelles, est difficile à donner, à cause de la multiplicité des affections qu'elle comprend. Cependant on peut dire que la syphilis est une maladie constitutionnelle, résultant de la présence

dans l'économie d'un virus particulier, le virus syphilitique, laquelle maladie, se propageant soit par contagion, soit par inoculation, soit par hérédité, débute par une lésion locale, puis se généralise et se caractérise par des accidents spéciaux, variables de forme et de siège, mais se développant successivement d'après des lois ordinaires d'évolution, qui permettent de les rapporter à trois périodes distinctes. Bazin a divisé les accidents de la syphilis en quatre périodes, en admettant une période ultime, spéciale pour les manifestations syphilitiques ayant lieu du côté des viscères. Je crois qu'on peut supprimer cette quatrième période, parce que les manifestations viscérales coïncident ordinairement avec les autres accidents appartenant à la troisième, tels que les gommes, les exostoses, les caries syphilitiques, etc.

Renfermant donc dans trois phases successives les manifestations syphilitiques, et admettant les accidents primitifs, les accidents secondaires et les accidents tertiaires, je vais commencer par l'étude abrégée des accidents primitifs.

Accidents primitifs.

Tous les auteurs sont loin d'avoir été d'accord sur les accidents que l'on doit considérer comme appartenant à la première période de la syphilis. Quelques-uns, confondant les mots *vénérien* et *syphilitique*, ont regardé comme dépendant de la syphilis tous les accidents qui sont le résultat des actes vénériens; ils ont rapporté ainsi à cette maladie générale des affections qui ne lui appartiennent évidemment pas, puisqu'elles restent toujours des manifestations locales, et qu'elles ne sont jamais suivies d'accidents consécutifs pouvant être rattachés à une infection générale. Aussi, dans l'état actuel de la science, on doit séparer les maladies vénériennes des maladies

syphilitiques, et on ne doit faire rentrer parmi ces dernières que les accidents qui se développent sous l'influence de l'infection de l'économie par un virus, que l'on a appelé *virus syphilitique*, agent évidemment parasitaire, quoiqu'on ne soit pas encore parvenu à découvrir et à décrire d'une manière bien évidente et bien scientifique le micro-organisme de la syphilis.

Les auteurs qui n'ont pas reconnu cette distinction que je viens d'établir, ont pensé que tous les accidents vénériens, la blennorrhagie, le chancre simple, etc., pouvaient être le début, la porte d'entrée de la syphilis. C'est en faisant cette confusion entre les accidents vénériens et les accidents syphilitiques, que les mêmes auteurs n'ont pas voulu admettre que la syphilis ne datât que de la fin du quinzième siècle. Comme ils retrouvaient dans les auteurs anciens la description des ulcères vénériens, ils en ont tiré la conclusion que la syphilis avait toujours existé. Mais, s'ils ont reconnu la blennorrhagie et les ulcères simples dans les descriptions laissées par les anciens médecins, ils n'ont pu y retrouver aucun passage indiquant d'une manière certaine l'existence des accidents secondaires ou tertiaires, autrement dit, de la syphilis confirmée. Aussi, tout en admettant que l'ulcère vénérien des anciens, ce qu'on appelle aujourd'hui le chancre mou, non infectant, a existé de tout temps, je crois que le chancre infectant, que la syphilis constitutionnelle n'a commencé à paraître en Europe que vers l'année 1493. J'appuie mon opinion non seulement sur l'absence complète de description d'accidents syphilitiques chez les anciens, mais aussi sur le dire des premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis au commencement du quinzième siècle, et qui tous ont considéré comme nouvelle la maladie qu'ils avaient à soigner et à décrire. La traduction de livres chinois dans lesquels se trouvent l'indication et la description plus ou moins exacte de la syphilis n'infirme

pas cette opinion; il y aurait là seulement la preuve que la syphilis avait pu exister très anciennement en Chine comme en Amérique avant son importation en Europe. Aujourd'hui la distinction entre les accidents vénériens et la syphilis est universellement acceptée parmi les médecins; on n'admet plus que la syphilis puisse débuter par la blennorrhagie et tout le monde adopte cette opinion énoncée par Ricord : « *Le chancre est l'exorde obligé de la syphilis.* » En effet, dans la plupart des observations, on constate l'existence d'un chancre comme le début de la maladie, et si, dans quelques faits exceptionnels, certains malades n'accusent qu'une blennorrhagie comme phénomène antérieur, cela peut tenir à plusieurs causes : le malade ne se rappelle pas toujours le chancre dont il a été atteint; il se souvient bien qu'il a eu une blennorrhagie, maladie longue, ennuyeuse, douloureuse, ne cédant qu'à un traitement prolongé et récidivant facilement, tandis qu'il a oublié qu'il a eu une ulcération légère, indolente, qui s'est guérie facilement; d'autre part, certains individus, peu soigneux de leur personne, ont complètement laissé passer inaperçue une ulcération chancreuse, qui s'est développée et qui s'est cicatrisée à leur insu. Pour appuyer cette manière de voir, j'ajouterai que j'ai rencontré plusieurs fois des personnes qui niaient de bonne foi qu'elles aient jamais eu de chancres, et chez lesquels l'examen des parties génitales faisait reconnaître l'existence actuelle d'une ulcération chancreuse incontestable, datant quelquefois de plusieurs semaines. Cette ignorance réelle des malades est surtout commune chez les femmes, qui peuvent être atteintes, sans s'en douter, d'un chancre indolent perdu dans les plis de la muqueuse vulvaire ou vaginale, ou même siégeant au col utérin. Une autre circonstance qui fait encore que le malade peut ignorer qu'il a eu un chancre, c'est son siège insolite : ainsi nous avons trouvé plusieurs fois à l'anus

ou au visage des ulcérations spécifiques dont la nature pouvait être facilement méconnue; alors le malade ne cherche pas à tromper, il se trompe lui-même. Dans ces cas, moins rares peut-être qu'on ne le pense, le médecin lui-même peut être induit en erreur et croire à l'existence d'une ulcération quelconque non spécifique; et plus tard, lorsque les accidents consécutifs auront paru, le malade interrogé niera de bonne foi l'existence d'un chancre.

Je ferai encore remarquer que les observations prises dans les hôpitaux, où le même sujet est soigné par des médecins différents dans les diverses périodes de sa maladie, ne présentent pas, comme exactitude, toutes les garanties suffisantes; on doit avoir plus de confiance dans les résultats de la pratique de la ville, dans laquelle le médecin suit souvent pendant plusieurs années la même personne, et est à portée de connaître et d'étudier dans toutes leurs phases les affections qu'elle peut présenter. Invoquant donc mon expérience personnelle, je puis affirmer que jamais en ville, chez les malades que j'ai connus et soignés pendant plusieurs années, je n'ai vu la syphilis succéder à une blennorrhagie simple.

Dans quelques cas, assez rares il est vrai, deux ou trois fois sur cent tout au plus, le malade bien suivi, bien interrogé, n'a eu qu'une blennorrhagie; mais alors n'y a-t-il pas lieu de penser à l'existence d'un chancre larvé du méat ou du canal de l'urèthre, avec ou sans blennorrhagie. C'est à Hernandez, et surtout à Ricord, que nous devons la connaissance exacte de ces chancres larvés du canal, qui peuvent faire croire que la blennorrhagie est susceptible de donner à elle seule la syphilis. Dans ces cas, il est facile de reconnaître l'existence du chancre, si l'on est appelé à temps. S'il siège au méat, la vue le fera apercevoir; s'il est dans le canal, on peut sentir l'induration qui s'est développée autour de lui, et qui est plus

limitée, plus nette que le gonflement inflammatoire qui peut se montrer dans la blennorrhagie simple.

Cazenave et quelques auteurs ont regardé les *plaques muqueuses* comme pouvant être le premier phénomène de la syphilis. C'est une erreur que l'on peut expliquer par la transformation *in situ* des chancres en plaques muqueuses, transformation qui s'opère quelquefois très rapidement. Les plaques muqueuses ne sont jamais des accidents primitifs, ce sont des accidents souvent précoces, mais toujours secondaires.

Nous voici arrivés, en éliminant la blennorrhagie et les plaques muqueuses, à l'opinion de l'école du Midi que nous avons citée plus haut : *le chancre est l'exorde obligé de la syphilis acquise.* Mais ici surgit une nouvelle difficulté : le chancre ne présente pas toujours les mêmes caractères, il n'est pas toujours suivi des mêmes accidents, et de là est née cette distinction qui fait admettre deux espèces de chancres : le *chancre mou* et le *chancre induré.*

Le chancre mou paraît promptement après un contact suspect : il est formé par une ulcération à bords taillés à pic, décollés et déchiquetés, à fond grisâtre recouvert d'une fausse membrane comme diphthéritique; sa base est molle, ne laisse sentir aucune dureté lorsqu'on la presse entre les doigts, et elle se confond insensiblement avec les tissus environnants. Il est habituellement multiple, il s'étend facilement, et il est sujet au phagédénisme. Il peut survenir plusieurs fois successives sur le même individu, et il est indéfiniment inoculable au sujet qui le porte. L'ulcération dont il s'agit se présente avec de la douleur et avec les autres caractères de l'inflammation; dans son voisinage, les lymphatiques s'engorgent fréquemment, et il survient facilement dans les ganglions les plus proches un engorgement inflammatoire aigu, douloureux, et qui passe souvent à la suppuration.

Le chancre induré ne se développe qu'après une incubation assez longue : il est constitué par une ulcération petite, arrondie ou allongée, à fond rouge et à bords taillés à l'évidoir; au bout de peu de jours, la base devient dure, indolente et nettement circonscrite. Il est ordinairement unique, et le phagédénisme l'atteint rarement. Il n'est inoculable ni au sujet qui le porte, ni à un individu syphilitique. Il ne détermine habituellement aucune réaction locale, ni chaleur, ni douleur, et sa guérison est relativement rapide ; aussi peut-il passer inaperçu. Enfin les ganglions qui l'avoisinent deviennent ultérieurement le siège d'un engorgement indolent, n'ayant pas de tendance à la suppuration.

En présence de ces deux chancres à caractères si tranchés est née l'opinion de la dualité des virus, émise par Bassereau et adoptée par Ricord, Cler, Diday, Rollet, Fournier, Mauriac, etc. Ces auteurs admettent l'existence de deux maladies distinctes, produites par deux virus différents : le chancre mou ne donnant lieu qu'à une maladie locale, et le chancre induré, seul représentant de la syphilis, faisant supposer une infection générale et devant être considéré comme le seul point de départ de la maladie syphilitique. A côté de cette opinion si nette, nous en avons bien d'autres moins explicites, qui admettent des chancres mous, des chancres indurés, puis des chancres mixtes qui résulteraient du mélange des deux virus; mais nous ne nous arrêterons pas à ces subtilités, et nous chercherons sans plus tarder à apprécier la doctrine de la dualité des virus.

Si nous avons vu, dans la presque unanimité des cas, le chancre induré être suivi des symptômes de la syphilis confirmée, nous avons, d'un autre côté, observé quelquefois des faits bien positifs de chancres mous qui s'induraient plus tard, et aussi des faits également bien certains de chancres mous restant mous pendant toute

leur durée, avec tous leurs caractères de multiplicité, d'étendue et de douleur, et étant suivis de syphilis. Y a-t-il là seulement une difficulté de diagnostic? Cela pourrait bien être à la rigueur; mais, devant ces observations, si nous considérons le chancre induré comme annonçant presque fatalement l'infection, à tel point que l'on peut regarder l'induration comme le premier phénomène de l'infection générale, par contre, je n'oserais pas dire que la syphilis ne viendra pas chez une personne qui ne présentera qu'un chancre mou; je serais surtout très réservé sur le pronostic s'il s'agissait de femmes, car c'est surtout chez elles qu'on a observé des phénomènes syphilitiques consécutifs à des ulcérations présentant les caractères des chancres mous, et sur lesquelles on n'a jamais pu saisir les caractères de l'induration. Donc, jusqu'à présent, dans l'état actuel des choses, tout en accordant que les faits sont le plus souvent en rapport avec la doctrine de la dualité des virus, chose importante à savoir pour la pratique, je ne voudrais pas affirmer que la syphilis ne peut pas se développer après une ulcération présentant les apparences du chancre mou.

Quelques auteurs ont admis que l'accident primitif n'est pas absolument nécessaire et qu'il peut manquer. Cazenave et son école professaient que le virus syphilitique peut être absorbé tout de suite sans donner lieu à aucune lésion locale. Je crois que, dans les cas sur lesquels on a établi cette théorie et dans lesquels on n'a pas constaté de chancre comme accident primitif, on a été trompé par une des causes que nous avons énumérées plus haut en parlant de la blennorrhagie. On doit penser surtout que, dans ces circonstances, il s'agissait d'une ulcération située dans un lieu insolite; et, sans aller plus loin dans cette discussion, je maintiens qu'on doit se refuser d'une manière absolue à admettre la syphilis d'emblée.

Accidents secondaires.

Les accidents secondaires sont ceux qui appartiennent à la seconde période de la syphilis. Les auteurs ne sont pas d'accord sur les affections que l'on doit faire rentrer dans ce degré de la maladie, et un certain nombre de médecins n'admettent l'existence d'une syphilis constitutionnelle qu'à l'apparition des plaques muqueuses ou d'une syphilide. La plupart des auteurs modernes, au contraire, considèrent, comme nous l'avons dit, l'induration et la pléiade ganglionnaire voisine du chancre comme des accidents secondaires, comme des manifestations de l'infection de l'économie par le virus syphilitique; et, pour eux, l'incubation entre la première et la seconde période est très courte, puisque l'induration arrive habituellement du septième au douzième jour après la naissance de l'ulcération. Quoique j'admette que ces accidents sont des signes de syphilis confirmée, cependant je ne ferai commencer la seconde période que plus tard, à l'apparition de l'engorgement des ganglions éloignés, des syphilides et des plaques muqueuses, parce qu'il y a le plus souvent, entre ces derniers accidents et les premiers, un temps d'arrêt qui semble permettre cette division clinique.

Les phénomènes que l'on peut rapporter à la seconde période de la syphilis sont assez nombreux; ce sont surtout un état général de malaise et de douleurs qui se montre fréquemment au début de cette période, l'engorgement des ganglions, les éruptions vers la peau et vers les muqueuses, enfin deux accidents qui ne se présentent qu'à la fin de cette période : le testicule et l'iritis syphilitiques. Nous allons donner une description succincte de ces diverses manifestations.

Un des premiers effets de la syphilis sur l'économie est

la production de la chloro-anémie ; elle est très prononcée chez les femmes et chez les sujets déjà débilités antérieurement : le teint devient jaune, pâle, subictérique ; il y a de l'inappétence; les forces, l'embonpoint diminuent; les malades accusent un malaise général, des fatigues dans les membres ; en même temps, très souvent, ils ressentent des douleurs rhumatoïdes vagues dans les membres et à la tête ; ces douleurs augmentent pendant la nuit, et changent fréquemment de siège et d'intensité ; elles diffèrent des douleurs ostéocopes de la troisième période, qui sont fixes et constantes. La céphalée a surtout une grande importance; elle diffère des migraines et de la névralgie ordinaire en ce qu'elle siège des deux côtés de la tête, ou au moins au milieu : c'est une céphalalgie bitemporale, augmentant le soir et pendant la nuit. Ce caractère de siège bilatéral sur la tête est si important, que plusieurs fois il m'a conduit à rechercher et à constater une syphilis que rien ne faisait soupçonner au premier abord, ou à prédire l'apparition prochaine d'une syphilide. Ces douleurs céphaliques sont quelquefois assez intenses pour arracher des pleurs et des cris aux malades, et pour causer de longues insomnies qui augmentent encore la faiblesse et l'anémie.

A côté de ces douleurs rhumatoïdes, on doit encore signaler d'autres affections nerveuses qui peuvent exister au début de la seconde période : ainsi on a noté des névralgies et des paralysies pouvant occuper divers nerfs et présentant un diagnostic difficile qui ne peut être établi que d'après les antécédents ou d'après le résultat du traitement. Il ne faut pas confondre ces affections nerveuses de la seconde période avec celles de la troisième, lesquelles, beaucoup plus fixes et plus continues, sont dues, soit à une gomme développée sur le trajet du nerf, soit à une exostose produisant la paralysie par compression. Enfin, dans quelques cas, l'état général est

plus grave; on constate tous les jours un accès de fièvre jusqu'à l'apparition d'une syphilide, soit même une fièvre continue, comme au début d'une fièvre éruptive.

Ces phénomènes généraux sont cependant loin d'être constants ; très souvent l'individu infecté par le virus syphilitique continue à se bien porter; il n'éprouve aucun trouble général qui puisse annoncer l'apparition des accidents secondaires. Ceux-ci arrivent sans prodromes, et, lorsqu'ils siègent dans un lieu peu apparent, ils peuvent se développer et même se terminer sans que le malade en ait connaissance. Il est arrivé bien souvent à un médecin de constater une roséole ou toute autre éruption légère sur des individus qui ignoraient complètement son existence.

Une des manifestations les plus fréquentes de la seconde période de la syphilis est l'engorgement des ganglions de la région cervicale postérieure. L'indolence de cette adénopathie est un caractère très important ; elle fait que le malade ne s'en aperçoit pas habituellement et qu'il n'appelle pas sur ce point l'attention du médecin. Cet engorgement manque rarement; on pourrait presque le regarder comme un phénomène caractéristique. En effet, lorsqu'on examine les malades avec soin, il est rare que l'on ne constate pas une affection des ganglions postcervicaux ou mastoïdiens, lesquels présentent trois caractères distincts : ils sont augmentés de volume, leur consistance est molle, ils sont indolents, ou du moins ils ne deviennent douloureux que par une pression assez forte. Il ne faut pas confondre cet engorgement avec celui qui succède aux éruptions du cuir chevelu ou aux plaques muqueuses de la gorge et des lèvres; ce dernier occupe le plus souvent les ganglions carotidiens ou sous-maxillaires; quant à celui qui coïncide avec les affections du cuir chevelu, il est plus douloureux, il présente un caractère plus inflammatoire, et il a une marche plus rapide

et plus en rapport avec le développement des affections dont il est la suite. Quelques auteurs ne veulent pas admettre l'existence d'un engorgement indépendant, ne relevant que de la syphilis; selon eux, il serait toujours symptomatique et consécutif à une autre lésion, particulièrement à une éruption de cuir chevelu. Cependant l'adénopathie cervicale postérieure arrive souvent plus tôt que les éruptions de la peau et des muqueuses, et elle existe fréquemment seule ; aussi, je ne fais pas difficulté d'admettre que cet engorgement est le plus ordinairement indépendant de toute lésion voisine. Cette adénopathie spéciale peut ne pas se borner à la région cervicale; elle atteint aussi quelquefois d'autres ganglions; on la rencontre surtout dans les ganglions carotidiens, claviculaires, axillaires, et dans le ganglion sus-épitrochléen. Bazin a signalé l'engorgement des vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux ganglions ; mais on le trouve surtout lorsqu'il existe des pustules cutanées, et alors il peut être regardé comme le résultat de l'inflammation cutanée propagée aux vaisseaux lymphatiques.

La syphilis se manifeste fréquemment à la peau, et elle y développe des éruptions auxquelles on a donné le nom de *syphilides*. On a appelé syphilides précoces celles qui appartiennent à la seconde période; elles ont pour caractères spéciaux d'être superficielles et de ne produire que peu ou point d'ulcérations, d'être généralisées, d'avoir une marche assez rapide et de ne laisser après elles que des maculatures qui disparaissent sans cicatrices. Au contraire, les syphilides tardives, celles qui appartiennent à la troisième période, sont plus profondes, plus ulcératives et plus circonscrites; elles ont une marche plus lente, et elles ne guérissent qu'en laissant des cicatrices ordinairement indélébiles. Nous étudierons plus tard avec détail ces différents caractères.

Les muqueuses sont également le siège fréquent des

manifestations de la seconde période de la syphilis ; les plaques muqueuses, que l'on a appelées aussi pustules plates, sont quelquefois le premier accident secondaire ; cela arrive surtout lorsqu'elles sont formées par la transformation *in situ* d'un ou de plusieurs chancres. Elles peuvent durer longtemps et même reparaître plusieurs années après le début de la syphilis ; aussi ne rentrent-elles pas toujours, à proprement parler, dans les accidents secondaires ; je n'insiste pas davantage sur ce point, j'y reviendrai plus tard.

Un accident que l'on rencontre encore dans la seconde période, c'est l'alopécie. Cette manifestation peut manquer complètement ou être peu développée ; dans d'autres circonstances, elle existe à un degré très prononcé et elle peut amener la chute presque complète des cheveux. Le plus habituellement, sous l'influence du traitement, les cheveux repoussent et sont aussi nombreux qu'auparavant. Quelques auteurs ont considéré les éruptions du cuir chevelu comme la cause de l'alopécie. Si, dans certains cas, les ulcérations syphilitiques peuvent produire la destruction des follicules pileux, ce n'est pas une raison pour admettre que les syphilides papuleuses précoces superficielles puissent agir de même. Souvent d'ailleurs l'alopécie existe seule ou précède les éruptions du cuir chevelu ; je ne crois donc pas devoir admettre cette cause locale, et je considère l'alopécie comme étant sous la dépendance de la syphilis elle-même.

A la fin de la seconde période, à un moment que l'on pourrait désigner sous le nom de période intermédiaire, il est encore quelques affections qu'on peut voir se manifester : tels sont certaines éruptions, des plaques muqueuses, l'iritis et le testicule syphilitiques. L'iritis syphilitique ne présente aucun caractère particulier qui puisse la distinguer de l'iritis simple à marche chronique. Quelques oculistes ont voulu voir un signe spécial dans la

forme de la pupille ; mais cette déformation de la pupille, agrandie en haut et en dedans, n'existe pas toujours dans l'iritis syphilitique, et on peut la rencontrer dans l'iritis simple. Le testicule syphilitique, que l'on a encore appelé testicule vénérien et qu'il ne faut pas confondre avec l'orchite, ni avec les gommes du testicule, est un engorgement qui semble formé par l'hypertrophie du tissu fibreux; l'affection peut n'occuper que l'épididyme ou que le testicule, mais le plus souvent elle les envahit tous les deux, et l'épididyme paraît être enveloppé par le testicule ; enfin il y a habituellement en même temps une hydrocèle plus ou moins développée de la tunique vaginale.

Accidents tertiaires.

Après les manifestations de la seconde période de la syphilis, soit seule, soit suivie de cette période intermédiaire dont nous venons de parler, il y a ordinairement un nouvel arrêt de la maladie, arrêt d'une durée très variable, après lequel peuvent apparaître de nouveaux accidents. Ces phénomènes syphilitiques tertiaires ne sont pas constants, on doit savoir qu'ils manquent assez souvent, et il y a un grand nombre de personnes qui ont eu la syphilis à la seconde période et qui n'ont jamais présenté d'accidents tertiaires, alors même que leur vie s'est prolongée jusqu'à une époque très éloignée du début de la maladie.

Les affections qui se développent sous l'influence de la syphilis pendant la troisième période, peuvent avoir pour siège la peau, les muqueuses, les os, le périoste, les muscles, les artères, les viscères, enfin tous les tissus de l'économie. Je range dans la troisième période les affections viscérales, et, comme je l'ai déjà dit, je refuse d'en faire une quatrième période, comme Bazin, parce qu'elles

n'ont pas une époque d'apparition assez distincte, et parce qu'elles existent le plus souvent en même temps qu'une exostose, qu'une tumeur gommeuse ou que tout autre accident tertiaire.

Les manifestations tertiaires de la syphilis du côté de la peau sont des éruptions profondes, circonscrites, produisant des ulcérations lentes à guérir, et laissant après elles des cicatrices le plus souvent indélébiles et quelquefois des difformités.

Les muqueuses peuvent aussi être atteintes d'ulcérations profondes, lesquelles, par leur marche envahissante, peuvent détruire tous les tissus jusqu'aux os et même atteindre le tissu osseux : ainsi, le voile du palais, les cordes vocales, l'épiglotte, peuvent être complètement détruits par ulcération et causer une dysphagie plus ou moins grave ainsi que des altérations de la voix.

La syphilis tertiaire peut attaquer les os de plusieurs manières : la maladie a pu débuter par la peau, par une syphilis ulcéreuse perforante, ou par l'ulcération d'une muqueuse et s'étendre de là jusqu'aux os, ou bien le tissu osseux a été malade primitivement. Quel que soit le point de départ, on voit la carie à la face détruire le vomer, les cornets et la voûte palatine, faire communiquer la bouche avec les fosses nasales, ou amener l'affaissement de la racine du nez ; au larynx, elle détruit les cartilages, produit l'aphonie et quelquefois cause la mort par asphyxie. Les os peuvent présenter des exostoses et des caries, qui sont accompagnées habituellement de douleurs ostéocopes intolérables, se faisant sentir surtout pendant la nuit. Lorsque ce développement morbide du tissu osseux siège sur le crâne, il peut en résulter des accidents graves de compression sur le cerveau.

Des tumeurs gommeuses peuvent se développer dans les tendons, dans les muscles, dans la peau, dans le tissu cellulaire ; on les rencontre encore dans la langue, dans

le testicule, dans les poumons, dans le foie et dans les centres nerveux.

La syphilis tertiaire peut produire des altérations diverses du côté du système nerveux; des névralgies, des paralysies locales ou générales, des convulsions et même des troubles intellectuels peuvent se développer sous son influence. Quelquefois, à l'autopsie, on ne constate aucune lésion morbide pour expliquer les symptômes observés; cependant l'absence de lésion est surtout fréquente dans les accidents nerveux qui arrivent pendant la seconde période. Ceux de la troisième période sont, au contraire, le plus souvent accompagnés d'altérations diverses, telles que des tumeurs gommeuses développées dans les membranes du cerveau ou de la moelle, des exostoses comprimant l'encéphale ou les nerfs, ou des transformations diverses des nerfs eux-mêmes ou de leur névrilème. Les organes des sens peuvent aussi être attaqués : ainsi, la vue peut être perdue complètement ou en partie, soit par une lésion du nerf optique altéré ou comprimé, soit par un exsudat sur la rétine ou la choroïde, soit par une opacité du cristallin ou une fausse cataracte suite d'une iritis. Le sens de l'ouïe est quelquefois aboli par une altération du nerf auditif, ou par une carie du rocher qui envahit l'oreille moyenne ou l'oreille interne.

Enfin les manifestations tertiaires de la syphilis attaquent aussi les viscères. Dans l'axe cérébro-spinal, elles produisent, comme nous l'avons dit plus haut, la paralysie générale, l'aliénation mentale, l'ataxie locomotrice, des accès épileptiformes, etc., avec ou sans altérations anatomiques; dans le foie, il y a une transformation jaunâtre, avec hypertrophie du tissu fibreux, comme dans la cirrhose; dans les reins, des altérations de néphrite albumineuse ou même la dégénérescence amyloïde.

Pendant la première période de la syphilis, la santé

générale n'éprouve aucune atteinte, la lésion étant toute locale. Avant la seconde période et pendant les accidents secondaires, ainsi que nous l'avons déjà dit, le malade peut ne présenter aucun trouble général sérieux; quelquefois il éprouve les symptômes que nous avons déjà décrits : des douleurs diverses, de la fatigue, du malaise et même de la fièvre; on peut voir également se développer tous les symptômes de la chloro-anémie. Mais les troubles généraux graves n'arrivent guère que pendant la troisième période; dans ces circonstances heureusement assez rares, la figure s'altère, la peau prend une teinte grisâtre; il y a de l'inappétence, les digestions sont pénibles, la faiblesse musculaire survient, et l'amaigrissement fait de rapides progrès; bientôt les fonctions digestives sont troublées, il y a des vomissements et de la diarrhée; enfin il se manifeste une altération profonde de la nutrition, qu'on a désignée sous le nom de cachexie syphilitique, état très grave, car alors les médicaments spécifiques n'étant plus supportés, on est réduit le plus souvent à combattre seulement les symptômes et à laisser la maladie continuer sa marche fatale.

Toutefois cette terminaison malheureuse est assez rare, et, le plus habituellement, on voit les malades atteints d'accidents tertiaires, même assez graves, conserver une bonne santé générale et éprouver rapidement les heureux effets du traitement spécifique.

Durée. — En faisant la description rapide des divers accidents qui se développent sous l'influence de la syphilis, nous n'avons pas parlé de la durée des différentes périodes, ni de celle des intervalles qui les séparent; nous allons nous y arrêter un moment. Pour le chancre, sa durée moyenne est de quinze jours à six semaines; après sa cicatrisation, l'induration peut persister pendant un ou deux mois, lorsqu'elle a existé, car nous avons vu qu'elle pouvait manquer. Le chancre dure quelquefois

plus longtemps encore; il peut se prolonger pendant plusieurs mois. Dans quelques cas, après être resté un certain temps stationnaire, il se cicatrise spontanément au moment de l'apparition des accidents secondaires. Le chancre phagédénique persiste et s'étend pendant un temps beaucoup plus long, quelquefois pendant plusieurs années; mais alors il s'agit ordinairement d'un chancre simple, non infectant, et qui ne s'accompagne pas des symptômes constitutionnels de la syphilis.

La durée de l'incubation de la seconde période est variable; Ricord lui donne de six semaines à six mois, et il ajoute que tout individu qui, n'ayant pris aucun traitement, a dépassé ce dernier terme sans éprouver aucun accident, peut être considéré comme n'ayant pas la syphilis. Je crois que ce délai est trop court; en effet, j'ai vu des individus atteints d'accidents secondaires trois semaines après l'apparition du chancre, et d'autres, au contraire, ne les présenter qu'après être restés huit, dix et même douze mois avant d'avoir aucune autre manifestation. On ne doit donc pas poser la loi, qu'un individu n'aura pas la syphilis, s'il n'a éprouvé aucun symptôme pendant six mois; il faut attendre plus longtemps avant de le déclarer indemne.

La durée de la seconde période varie entre plusieurs mois et plusieurs années. En effet, on voit des individus être atteints d'accidents secondaires pendant deux ou trois mois et ne plus en présenter jamais; d'autres, au contraire, offrent des symptômes successifs pendant plusieurs années. Quelques malades passent rapidement aux accidents tertiaires, tandis que le plus grand nombre sont atteints de manifestations secondaires pendant un ou deux ans, et ont une nouvelle incubation avant que les accidents tertiaires apparaissent.

Cet intervalle entre la seconde et la troisième période est habituellement assez long; sa durée est très varia-

ble : le plus ordinairement il s'écoule deux, trois, six, dix, vingt et même trente ans avant que les symptômes de la troisième période se développent; mais d'autres fois aussi, particulièrement dans la variété grave de syphilis que l'on a appelée *syphilis maligne*, il existe à peine un intervalle entre la seconde et la troisième période, et les accidents appartenant à l'une et à l'autre se succèdent rapidement. N'oublions pas de répéter, d'ailleurs, que la troisième période ne doit pas arriver nécessairement, et que, pour un assez grand nombre d'individus, la syphilis se termine après la disparition des accidents secondaires.

La durée de la troisième période ne peut être fixée ; on voit des individus ne présenter qu'un seul accident tertiaire et ne plus en avoir pendant tout le reste de leur existence, tandis que d'autres sont atteints de plusieurs manifestations à une, deux, cinq, dix, vingt et trente années d'intervalle. Aussi il est impossible d'affirmer qu'un individu qui a eu un symptôme quelconque de syphilis confirmée, ne présentera pas plus tard, à une époque indéterminée, un nouvel accident ; en un mot, on ne peut jamais avoir la certitude complète d'une guérison définitive.

Marche, terminaisons. — La marche de la syphilis est le plus habituellement régulière, et le malade parcourt successivement les diverses périodes en présentant un ou plusieurs accidents de chacune d'elles. Un assez grand nombre de malades cependant ne passent pas par toutes les périodes : plusieurs, comme nous l'avons dit, ne présentent jamais d'accidents tertiaires. Mais est-il possible d'observer les accidents de la troisième période sans qu'ils aient été précédés de quelques symptômes secondaires? Cette question est assez difficile à résoudre : évidemment on trouve des accidents tertiaires chez des individus qui affirment n'avoir eu ni éruption cutanée

ni affection des muqueuses, ni adénopathie; mais ces manifestations qui sont souvent légères, presque toujours indolentes, ont pu exister et ont pu passer inaperçues.

La syphilis peut-elle se terminer par la guérison? Cette terminaison, niée pendant longtemps, doit être admise aujourd'hui devant les faits de réinfection syphilitique dont nous allons bientôt parler; mais, si la guérison est possible, on ne peut jamais affirmer qu'elle existe, car, comme je l'ai déjà dit, il y a des individus syphilitiques, qui paraissent complètement guéris et qui sont atteints de nouveaux accidents tertiaires après quinze, vingt, trente ans de santé parfaite. Quand un individu a été atteint d'une affection appartenant à la troisième période, on ne peut être certain que tout est terminé, et qu'un nouveau symptôme de ce degré ne viendra pas encore se manifester, soit dans la peau, soit dans le tissu osseux, soit dans les viscères.

La syphilis peut se terminer par la mort. Il est rare qu'elle ait lieu pendant la seconde période; mais dans la troisième, elle peut être causée, soit par l'abondance de la suppuration, soit par la cachexie syphilitique, soit par une affection viscérale.

La syphilis peut-elle récidiver? Pendant longtemps on a nié aux individus syphilitiques la possibilité de contracter de nouveau la syphilis. Ricord a dit que l'on ne guérissait pas la syphilis, et que, par conséquent, un individu syphilitique, ne pouvant être atteint en même temps de la même maladie, ne pouvait l'avoir deux fois. Cette opinion était basée sur ce fait, qu'il n'y avait aucune observation bien authentique d'un individu qui, après avoir eu des accidents secondaires ou tertiaires, aurait contracté de nouveau un chancre infectant suivi de nouveaux accidents constitutionnels; mais des faits nombreux de récidive de la syphilis ont été observés, et l'on est

obligé aujourd'hui d'admettre la possibilité d'une seconde infection. M. Diday (1) a publié un mémoire *sur la réinfection syphilitique*, qui renferme 30 observations : il y en a 11 dans lesquelles les malades, après avoir eu un chancre et des accidents secondaires ou tertiaires, ont eu postérieurement un nouveau chancre infectant suivi de nouveaux accidents secondaires. J'ai vu, dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, en 1863, un fait intéressant : un malade que j'avais traité, quatre ans auparavant, pour des accidents tertiaires, est venu réclamer mes soins pour de nouveaux accidents secondaires succédant à un chancre qu'il avait contracté pendant qu'il était en traitement. Cette observation est remarquable, parce qu'elle prouve la possibilité de contracter un chancre infectant pendant le traitement des accidents tertiaires, et à cause de la lenteur de l'intervalle qui a existé entre l'accident primitif et les accidents secondaires. Tous ces faits prouvent donc que la syphilis peut quelquefois, mais rarement, se contracter une seconde fois, et qu'il ne faut plus regarder comme impossible une nouvelle infection syphilitique. Ils prouveraient encore que la syphilis peut guérir ; que le poison spécifique peut, comme tous les autres virus, être éliminé de l'économie qu'il a contaminée, laquelle alors redevient apte à la contracter de nouveau. Ajoutons cependant que, dans ces cas de récidive, la seconde infection paraît moins grave que la première.

Syphilisation. — C'est en se fondant sur l'opinion qu'on ne peut pas être atteint par la syphilis, lorsqu'on l'a eue une première fois, qu'on a fondé la doctrine de la syphilisation. En inoculant la syphilis, et sous l'influence d'inoculations souvent répétées, on a prétendu que cette maladie suivait une marche plus rapide, plus bénigne, et que le malade, guéri bien plus promptement et plus com-

(1) Diday, *Archives générales de médecine* (juillet et août 1862).

plètement, ne pouvait plus, par cela même qu'il était syphilisé, être infecté de nouveau. De là, on a établi la syphilisation préventive, abandonnée aujourd'hui par son auteur, et la syphilisation curative, qui serait appliquée à la guérison radicale de la syphilis et de ses accidents divers. Je ne veux pas discuter à fond cette méthode thérapeutique, laquelle a été adoptée pendant plusieurs années à Christiania comme traitement habituel de la syphilis. Boëck (1), dont l'autorité était grande en matière de syphilis et de maladies cutanées, a publié des documents nombreux qui semblent prouver l'innocuité et l'avantage de la syphilisation ; à Paris, Auzias-Turenne a dit également l'avoir souvent employée avec succès (2), et il a avancé que les accidents qui ont été signalés de son emploi dépendaient de la manière défectueuse dont elle avait été appliquée. Pour ma part, en face des accidents graves que j'ai observés une fois chez un individu syphilisé et qui avait le corps littéralement couvert d'ulcères profonds et rebelles, je pense qu'il faut s'abstenir d'un moyen aussi incertain et aussi dangereux dans une maladie qui cède ordinairement à une thérapeutique plus simple, plus sûre et dont les conséquences sont bien moins graves. Cette méthode de traitement est d'ailleurs aujourd'hui complètement abandonnée.

Étiologie. — J'ai dit que la syphilis était une maladie constitutionnelle, qui pouvait être introduite dans l'économie de trois manières : par contagion, par inoculation et par hérédité. Comme l'inoculation n'est qu'une contagion artificielle, je n'y insisterai pas, et je ne m'occuperai que de la contagion et de l'hérédité, comme causes de l'infection syphilitique.

(1) W. Bœck (de Christiania), *Die syphilisation bei Kindern Christiania*, 1856. — *De la syphilisation appliquée aux enfants.* Paris, 1857.

(2) Auzias-Turenne, *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* (*Archives générales de médecine*, juin 1851 et suiv., et *Bulletin de l'Acad de médecine*, t. XVII).

1° *Contagion.* — La contagion s'opère ordinairement par le contact d'une muqueuse ou de la peau avec une partie atteinte d'une affection syphilitique. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir si la dénudation du derme est nécessaire pour permettre la contagion : les uns croient qu'elle est indispensable pour la peau, mais qu'elle ne l'est pas pour les muqueuses ; Cullerier croyait qu'elle l'était également pour les muqueuses ; il admettait qu'une femme non syphilitique peut recevoir, sur sa muqueuse vaginale intacte, du virus syphilitique, le conserver et le transmettre à un autre individu qui en sera infecté, s'il présente des conditions favorables d'absorption, tandis qu'elle-même reste saine et sauve ; et il appuyait son opinion sur les expériences qu'il avait faites à l'hôpital de Lourcine, où il déposait du pus syphilitique sur la muqueuse des femmes, et le laissait quelque temps sans les infecter. Malgré ces faits, on ne peut pas être persuadé qu'il soit toujours nécessaire que la peau ou les membranes muqueuses soient excoriées pour permettre au virus de s'introduire dans l'économie.

Le coït n'est pas le seul acte dans lequel on puisse contracter la syphilis ; il est établi d'abord que des médecins et des sages-femmes, ayant une écorchure au doigt, ont eu un chancre après avoir touché une femme contaminée ; d'autres fois, et nous en avons vu des exemples, la maladie a eu pour point de départ le dépôt d'un peu de pus virulent sur l'angle de l'œil, sur le nez ou sur la bouche, par le moyen d'un doigt qui en était imprégné. J'ai vu, il y a quelques années, un médecin infecté pour avoir reçu dans l'angle interne d'un œil, du pus provenant d'une plaque muqueuse ulcérée de l'isthme du gosier et lancé en avant par la toux au moment de l'examen de la gorge.

On doit savoir que tous les points du corps peuvent être le siège d'un chancre, porte d'entrée de la syphilis ;

aussi faut-il examiner avec soin toutes les ulcérations placées dans les endroits les plus insolites pour ne pas les confondre avec des ulcérations simples. C'est faute d'avoir constaté ce siège insolite du chancre, qu'on a commis de nombreuses erreurs, relativement à l'accident primitif méconnu ou nié obstinément.

Quels sont les accidents qui peuvent transmettre la syphilis par le contact ?

Pour les uns, en très petit nombre aujourd'hui, toutes les maladies vénériennes, blennorrhagie, chancre, plaques muqueuses, peuvent transmettre la syphilis, et le résultat ultérieur du contact dépend de l'individu qui subit la contagion. Ainsi, un homme atteint d'une blennorrhagie, et qui aurait des rapports avec trois femmes, pourrait donner une blennorrhagie à la première, un chancre à la seconde, des plaques muqueuses à la troisième ; une femme portant un chancre pourrait donner au premier homme un chancre mou, au second un chancre induré, au troisième une blennorrhagie, au quatrième la syphilis d'emblée, etc. Dans cette doctrine, on admet entre tous les accidents vénériens une parité qui ne peut se soutenir devant des faits bien observés. Aussi, dans l'état actuel de la science, la plupart des auteurs rejettent la blennorrhagie simple, sans chancre uréthral, en dehors des affections qui peuvent donner la syphilis ; de même que plus haut nous n'avons pas admis que la blennorrhagie simple puisse être l'accident primitif de l'infection syphilitique, de même nous refusons à cette affection le pouvoir de communiquer, par le contact, la maladie à une autre personne.

Nous avons admis qu'il y avait deux espèces de chancres, le chancre mou et le chancre induré, mais que, tandis que la vérole était la règle après le chancre induré, elle était l'exception après le chancre mou. Maintenant, tous deux peuvent-ils transmettre la syphilis par contagion ? Ri-

cord et son école, qui admettent deux virus bien distincts, le virus chancreux et le virus syphilitique, veulent que toujours la source de la syphilis soit un chancre induré, et que le chancre mou ne donne jamais lieu qu'à un chancre mou non suivi d'accidents constitutionnels. Cela est vrai dans la presque unanimité des cas, mais il faut se rappeler que le chancre infectant peut avoir l'apparence du chancre mou, qu'on a admis l'existence de chancres mixtes infectants et que par conséquent on peut voir la syphilis provenir d'un chancre ayant, peut-être à tort, toutes les apparences d'un chancre simple.

La faculté contagieuse du chancre serait, selon Hunter (1) et Ricord, plus prononcée à son début; ces auteurs n'admettent la contagion que dans les périodes de progrès et d'état, et non dans celle de réparation; ils affirment que, dans cette dernière période, le danger de communiquer la syphilis n'existe plus. Auzias-Turenne, au contraire, professait que le chancre est contagieux pendant toute sa durée, même alors que l'ulcération a fait place à une simple induration. Je crois que cette dernière proposition est assez fondée : en effet, avec un chancre ulcéré, et à la période de progrès ou à celle d'état, par des raisons inutiles à détailler, le malade est peu porté au coït; à la période de réparation au contraire, la douleur est calmée, l'ulcération est cicatrisée, et le malade est d'autant plus disposé aux rapports sexuels qu'il en a été privé plus longtemps. Si l'on admettait l'opinion de Ricord, et si les rapports vénériens n'étaient dangereux qu'aux deux premières périodes du chancre, il y aurait beaucoup moins d'individus contaminés.

Mais le chancre est-il la seule source de la syphilis? Ricord et quelques-uns de ses élèves ont longtemps con-

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. par Richelot, avec notes de Ricord. Paris, 1845.

sidéré le chancre comme pouvant seul donner la syphilis; de nombreux faits sont venus ébranler cette doctrine, et Ricord lui-même a fini par admettre que, dans certains cas, la syphilis pouvait provenir de la contagion des accidents secondaires. Des expériences ont été entreprises par Vidal, Waller (de Prague) (1), William Wallace, Rinecker, Cazenave et Langlebert, pour prouver la faculté contagieuse des plaques muqueuses et des ulcérations secondaires; Gibert a fait avec succès plusieurs inoculations au moyen du liquide provenant d'accidents secondaires, et Rollet a réuni un assez grand nombre d'exemples semblables dans son *Traité sur la syphilis.* Du reste, ces expériences étaient superflues; les faits cliniques pouvaient éclairer la question, et la contagion des plaques muqueuses était, pour bien des praticiens, un fait incontestable. La propagation de la maladie de la bouche de l'enfant au mamelon de sa nourrice était un exemple trop souvent répété pour qu'on ne dût pas l'admettre; et chez les adultes, on avait cité plusieurs faits dans lesquels la contagion semblait bien avoir eu lieu au moyen du contact avec des plaques muqueuses. Pour ma part, dans deux cas que j'ai bien observés et suivis, j'ai vu un enfant ayant des plaques muqueuses à l'anus, donner un chancre sur l'avant-bras de la personne qui le portait, laquelle a présenté ensuite des accidents de syphilis confirmée. Tous ces faits obligent à conclure que l'on doit absolument croire à la contagion par les plaques muqueuses; parmi les autres accidents secondaires, on peut admettre la contagion par les syphilides humides, mais elle est encore un sujet de doute par les syphilides sèches.

Quant à la contagion par les accidents tertiaires, jusqu'à présent il n'y a dans la science aucun fait authen-

(1) Waller, *Prager Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde*, 1851.

tique qui la prouve; et l'on peut croire que le liquide fourni par la suppuration des ulcères appartenant à cette période n'est pas doué de propriétés virulentes.

La contagion de la syphilis par le sang a été niée par Hunter et par Ricord; mais il y a quelques années, on a fait des expériences qui démontrent cette faculté contagieuse; Waller (de Prague) (1850) a fait des scarifications sur la cuisse gauche d'un scrofuleux, et il a pansé la plaie avec de la charpie imbibée du sang d'une jeune femme arrivée à la seconde période de la syphilis; un chancre s'est développé et, soixante-cinq jours après, apparut une roséole suivie d'une éruption papulo-tuberculeuse. Un médecin, désigné sous le nom de l'*anonyme du Palatinat*, a fait (1856) la même expérience sur neuf individus, et trois eurent des accidents syphilitiques : c'étaient les trois dont les plaies plus larges avaient été frottées plus longtemps avec du sang.

La contagion de la syphilis par la vaccine semble encore prouver l'influence contagieuse du sang : les observations du vétérinaire B..., du docteur Hubner, de Marcolini et de Cerioli, rapportées dans le mémoire de Viennois (1), nous montrent de véritables épidémies de syphilis transmise aux enfants par la vaccination, et communiquée ensuite des enfants à leurs mères et à leurs nourrices; et dans ces faits, suivant le même Viennois, la propagation serait due à ce que la lancette du vaccinateur aurait été chargée de sang en même temps que de liquide vaccinal. Mais pourquoi le vaccin ne serait-il pas aussi infecté et aussi infectant que le sang ?

Les expériences que je viens de citer n'avaient pas présenté assez de certitude pour entraîner la conviction, lorsque le docteur Pierre Pellizari, professeur à l'école

(1) Viennois, *Archives génér. de méd.*, 1860, t. VI, p. 641; t. VII, p. 32 et 297.

de médecine de Florence, recommença, en 1860, les tentatives de l'inoculation avec du sang syphilitique ; au mois de janvier, sur une femme de vingt-deux ans n'ayant pris aucun traitement spécifique, présentant comme accidents secondaires des plaques muqueuses ulcérées à la vulve et aux amygdales, une syphilide papuleuse, des adénopathies cervicales et inguinales, et ayant à l'anus un chancre induré en voie de cicatrisation, il prit du sang au moyen du scarificateur appliqué à la région hypochondriaque droite indemne de toute éruption, il en imprégna de la charpie, et il l'appliqua sur une surface dénudée du bras de deux médecins. On ne l'enleva que quarante-huit heures après. Au bout de vingt-quatre mois, aucun phénomène ne s'était manifesté. Mais, ne se contentant pas de ce fait négatif, Pellizari recommença devant les auditeurs de sa clinique, le 3 février 1862, cette expérience sur trois jeunes docteurs indemnes de tout accident syphilitique. Le sang fut pris par une saignée sur une femme de vingt-cinq ans, enceinte de six mois, et présentant des adénopathies inguinales et cervicales, des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus, de la roséole sur le corps et des pustules dans les cheveux. On appliqua de la charpie imbibée de ce sang sur une surface dénudée au bras de chaque médecin; le sang était encore chaud quand il fut appliqué sur le premier, au second il était froid, au troisième il était froid et coagulé. Les deux derniers médecins n'éprouvèrent rien de particulier. Chez le premier, au bout de vingt-huit jours, le 3 mars, apparut une papule qui, d'abord sèche, se recouvrit d'une croûte, et en même temps se manifesta l'engorgement indolent des ganglions axillaires. Le 22 mars, la croûte tomba et l'on vit un chancre avec tous ses caractères et avec induration à sa base; le 4 avril, au cinquante-huitième jour, céphalée et adénopathies cervicales; le 12 avril, appa-

rition de la roséole et, le 22, d'une syphilide papuleuse.

Nous avons cru devoir rapporter ce fait avec quelques détails, à cause de son importance; en effet, jusqu'ici toutes les expériences n'ayant pas eu une publicité suffisante, pouvaient ne pas paraître concluantes; tandis que ce fait prouve d'une manière évidente que le sang d'un individu atteint de syphilis à la seconde période peut, par son contact et sur une surface dépouillée d'épiderme, donner la syphilis à un individu indemne de toute infection antérieure. De là la conclusion qu'un homme qui, à l'époque des règles, aura des rapports avec une femme syphilitique, mais ne présentant alors aucun accident apparent, pourra, s'il a une écorchure, contracter la syphilis. De là encore l'explication de ces faits de contagion de la syphilis par le doigt, en touchant, pendant leurs règles ou leurs couches, des femmes ne présentant aucun accident syphilitique local, ou encore de ces contagions par la vaccine, en chargeant la lancette de vaccin mêlé de sang pris sur un enfant syphilitique, et en inoculant ce mélange à des sujets sains.

On s'est demandé si le lait pouvait transmettre la syphilis, et si un enfant présentant une écorchure aux lèvres ou dans la bouche, pourrait ainsi être infecté. Jusqu'à présent il n'existe aucun fait qui prouve la propriété contagieuse du lait. Lorsqu'une nourrice donne la syphilis à un enfant, la contagion a presque toujours lieu par des plaques muqueuses qu'elle a aux seins, aux lèvres ou à tout autre endroit avec lequel l'enfant peut être mis en contact.

2° *Hérédité.* — La syphilis peut se transmettre par hérédité, et alors les enfants présentent en naissant des accidents syphilitiques ou, ce qui est plus commun, la maladie ne se développe chez eux que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après leur naissance. Mais

dans cette transmission héréditaire, que personne ne révoque en doute, on trouve plusieurs questions accessoires que nous devons indiquer.

Lorsque le père seul est syphilitique et que la mère est saine, Cullerier et Notta croient que l'enfant ne peut pas être infecté; nous pensons, au contraire, avec Trousseau (1), Depaul, Diday, Fournier, etc., que le père peut infecter ses enfants. Des faits positifs prouvent, en effet, l'influence du père malade sur l'enfant, la mère n'étant pas syphilitique. Il faut admettre aussi que la syphilis chez le père est une cause fréquente d'avortement par la maladie du fœtus, ou par la lésion du placenta.

Quelques auteurs admettent que le père peut procréer un enfant syphilitique, lequel, à son tour, infecte sa mère pendant qu'il est encore dans l'utérus : la mère, dans ce cas, ne présenterait jamais d'accident primitif, la syphilis débuterait chez elle par des accidents secondaires; jusqu'à ce jour, cette opinion n'est établie sur aucun fait authentique. Ce qui paraît plus certain, c'est que la mère ayant un enfant syphilitique sans présenter aucun symptôme de cette maladie, ne peut pas être infectée ultérieurement par son enfant; c'est là ce qu'on appelle la loi de Colles. Pour expliquer la syphilis de la mère, il est plus simple, au lieu d'invoquer l'infection par le fœtus, de croire qu'elle a contracté directement la maladie du père, et que l'accident primitif est passé inaperçu.

Lorsque la mère est syphilitique, le père étant sain, l'enfant peut naître syphilitique, et c'est ce qui arrive le plus ordinairement; je dis *peut* naître, car, dans tous ces cas, même lorsque les deux parents ont la syphilis, l'enfant n'est pas nécessairement infecté. L'influence des parents est en rapport avec l'âge de leur maladie :

(1) Trousseau, *Bulletin de l'Académie de médecine.*

plus leur syphilis est ancienne, plus il y a chances pour que l'enfant échappe à l'infection.

Si la mère, saine au moment de la conception, a contracté la syphilis pendant sa grossesse, infectera-t-elle son enfant? Ricord croit que, pour que l'infection ait lieu, il faut que la femme devienne syphilitique pendant les six premiers mois de la grossesse, parce que plus tard l'enfant serait assez fort pour résister à l'influence du virus. Cullerier croit que l'infection a toujours lieu, quelle que soit l'époque où la mère devient malade. Nous nous rangeons à cette opinion, parce que nous ne croyons pas qu'un enfant soit jamais assez fort pour résister au virus syphilitique, et parce que nous avons vu des faits qui démentent la première opinion. Cependant nous devons dire que, plus l'infection de la mère sera près du moment de la conception, plus les conséquences de l'infection seront graves pour l'enfant, car la syphilis du fœtus a une marche très rapide; et si le fœtus a été infecté de bonne heure, il peut mourir avant terme, ou naître avec des accidents viscéraux qui compromettront promptement l'existence.

Dans quelques cas heureusement rares, la mère, atteinte au moment de l'accouchement d'un chancre ou de plaques muqueuses à la vulve, peut infecter l'enfant au passage. Mais nous ne nous arrêterons pas à ces faits, car alors la syphilis n'est pas véritablement héréditaire, elle est transmise par contagion.

Quelques auteurs admettent que des parents syphilitiques peuvent donner naissance à des enfants exempts de syphilis, mais scrofuleux. Dans ces exemples qu'on ne peut récuser, la scrofule des enfants n'est pas le résultat direct de la syphilis des parents, car une maladie constitutionnelle ne peut pas se transformer en une autre; mais la syphilis peut produire chez les parents une détérioration de la santé telle, que les enfants naissent scro-

fuleux, ainsi qu'il arrive pour toutes les circonstances dans lesquelles les parents sont débilités par une cause quelconque.

3° *Causes occasionnelles.* — Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la contagion, de l'inoculation et de l'hérédité, parce que ce sont les seules causes qui peuvent produire l'infection syphilitique. Mais si les causes occasionnelles n'ont aucune influence sur la production de la syphilis elle-même, elles agissent sur les manifestations syphilitiques dont elles peuvent favoriser l'apparition. Ainsi, les accidents secondaires et tertiaires ont la syphilis comme cause première et essentielle, et ils peuvent se manifester par l'évolution naturelle de la maladie; mais dans un certain nombre de cas, l'apparition de ces accidents est déterminée, à un moment donné, par une cause occasionnelle; tels sont, par exemple, les bains sulfureux ou les bains de vapeur, qui provoquent souvent la manifestation d'une syphilide; j'ai vu une roséole se développer après les frictions du traitement de la gale. La fatigue, la misère, les chagrins, les émotions morales, peuvent exercer la même influence sur le développement des divers accidents, qu'ils appartiennent à la seconde ou à la troisième période. J'ai constaté chez un homme, ayant eu un chancre vingt-cinq ans auparavant, l'apparition d'une syphilide tardive et grave quinze jours après un naufrage, dans lequel il était resté plusieurs heures entre la vie et la mort.

Traitement.

Je commence par établir que la syphilis peut guérir spontanément : lorsque le malade se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques, la maladie suit la marche normale; elle présente des accidents secondaires; plus tard, un ou deux phénomènes tertiaires peu-

vent apparaître, et l'on peut voir tous ces accidents se terminer par la guérison sans qu'on ait employé de traitement. Cependant, comme il est assez rare que les manifestations syphilitiques se guérissent aussi facilement, et comme on ne peut savoir s'il ne surviendra pas quelques affections plus graves, on ne doit pas trop compter sur la guérison spontanée ; et, dans la plupart des cas, il est préférable de soumettre les individus syphilitiques à un traitement rationnel. Seulement, dans les cas où les affections sont légères, chez les individus qui supportent mal les médicaments, il est bon de savoir qu'on peut s'en abstenir sans grand dommage pour les malades.

Je ne parlerai pas du traitement local que peuvent réclamer les différentes affections développées sous l'influence de la syphilis, parce que cela nous entraînerait au delà de notre sujet ; et, quant aux indications spéciales que réclament les syphilides, je les donnerai après avoir tracé la description de ces éruptions. Je me bornerai donc à parler brièvement ici du traitement général.

A propos de la thérapeutique de la syphilis, une première question qui se présente est celle de savoir s'il y a quelque moyen d'empêcher la maladie de se développer une fois qu'il existe déjà un phénomène primitif. Ricord a professé longtemps cette opinion, qu'un chancre ne produit jamais l'infection, s'il est fortement cautérisé dans les quatre premiers jours de son apparition. Au premier abord et théoriquement, cette proposition paraît peu admissible ; en effet, si l'on admet, comme les inoculations le démontrent, que le chancre est précédé lui-même d'une période d'incubation, et que l'économie est déjà infectée lorsque l'ulcération paraît, la cautérisation que l'on pratique alors doit être inutile ; de plus, depuis que cette opinion a été formulée, des faits cliniques sont venus la contredire : Diday et Langlebert ont vu des chancres, cautérisés au troisième et même au second

jour, être suivis plus tard d'accidents secondaires. On doit croire que ce qui a induit en erreur Ricord et Sigmund (de Vienne), c'est qu'ils ont cautérisé des chancres simples à une période où l'on ne peut les distinguer des chancres infectants, l'induration ne se montrant que plus tard.

Mais, dans le sens de la préservation, on a été plus loin encore, et on a cherché à arrêter le cours de la maladie en excisant le chancre et les parties molles qui l'entourent aussitôt que possible après son apparition. Auspitz (de Vienne), et après lui Kolliger, Rydigier, Unna, ont pratiqué cette excision avec des succès irréguliers, et, dans une conférence faite à Paris en 1884, Diday s'est déclaré partisan de cette opération préventive, et a émis l'opinion que, comme l'opération n'offrait aucun danger et qu'elle avait été suivie de quelques succès, on avait avantage à la pratiquer, d'autant mieux que chez les opérés qui avaient présenté des accidents syphilitiques ultérieurs, ces accidents avaient été légers, et qu'on pouvait croire que la gravité de la maladie avait été atténuée par l'excision. La plupart des médecins français qui ont expérimenté la méthode abortive du chancre, et en particulier Mauriac, ont échoué dans leurs tentatives, et il me semble qu'on ne doit pas compter sur ce moyen d'arrêter l'évolution de la syphilis, même en faisant l'excision très peu de jours après l'apparition de l'ulcération chancreuse. J'ajouterai que le mercure lui-même, donné dans la première période de la syphilis, après l'apparition du chancre, n'empêche en rien le développement des accidents consécutifs, et qu'il n'a aucune action préventive. Il est donc inutile de le prescrire prématurément.

Pendant la première période de la syphilis, contre l'accident primitif, on se contentera d'employer soit des émollients, des cataplasmes, des bains lorsqu'il existe quelques signes d'inflammation, soit quelques lotions excitantes, telles que le vin aromatique, l'eau blanche,

l'eau chlorurée, etc. Du reste, le plus habituellement, la guérison du chancre survient spontanément, sans que le traitement local hâte ou favorise beaucoup sa cicatrisation.

Lorsque l'induration est arrivée, lorsque l'engorgement ganglionnaire indolent est manifeste, on est déjà à la seconde période. Quelques auteurs, sans aller aussi loin que ceux qui donnent des préparations mercurielles à l'intérieur contre tous les accidents vénériens, qu'ils soient syphilitiques ou non, veulent que l'on donne du mercure dès que l'induration et la pléiade ganglionnaire existent; d'autres, au contraire, préfèrent attendre l'apparition des syphilides et des plaques muqueuses pour être certains que le malade a bien la syphilis. Je suis d'avis de donner les médicaments spécifiques dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection, c'est-à-dire lorsque l'induration du chancre est bien manifeste; on peut espérer de cette manière sinon prévenir les accidents ultérieurs, au moins peut-être en adoucir l'expression. Mais dans les cas douteux, alors que l'induration est peu prononcée, lorsque la pléiade ganglionnaire indolente est peu manifeste, et, à plus forte raison, quand le chancre est mou et qu'on n'en a pas reconnu la nature par l'inoculation sur le sujet, on doit attendre l'apparition d'une syphilide pour commencer le traitement.

Dans la seconde période de la syphilis, le vrai médicament spécifique est le mercure; que l'on emploie le protoiodure en pilules, le bichlorure en pilules ou en solution comme dans la liqueur de Van Swieten, ou le mercure uni à l'axonge comme dans les pilules de Sédillot, ou toute autre préparation, on en retirera toujours de très bons résultats. Il n'y a entre les diverses formules mercurielles que de légères différences : la liqueur de Van Swieten semble troubler davantage les fonctions digestives, le protoiodure fait saliver plus facilement;

aussi je donne habituellement la préférence aux pilules de Sédillot, qui paraissent être mieux supportées, mais sans me prononcer exclusivement contre les autres préparations. Quant aux doses, je suis d'avis de ne pas les exagérer; il faut donner ces médicaments de manière qu'ils ne déterminent aucun trouble morbide; ainsi, s'il survient de la salivation, des troubles gastriques ou de la diarrhée, on doit tout de suite suspendre l'usage du mercure, traiter la complication, et, lorsqu'elle aura disparu, on prescrira de nouveau le médicament spécifique à une dose moins élevée. Les doses qui nous ont paru le mieux convenir aux malades, sans produire d'accident, sont : une, deux ou trois pilules de Sédillot; une, deux ou trois pilules de protoiodure de 2 centigrammes et demi chacune; une ou deux cuillerées à bouche de liqueur de Van Swieten.

On a encore vanté comme antisyphilitiques un grand nombre de médicaments, et particulièrement les préparations d'or préconisées par Chrétien (de Montpellier), les décoctions et les sirops sudorifiques; mais ces médicaments sont aujourd'hui abandonnés à cause de leur peu d'efficacité.

L'iodure de potassium ne doit certainement pas être considéré comme un spécifique pendant cette seconde période; cependant les iodures, et particulièrement l'iodure de potassium, ont une action très puissante contre les céphalées et les douleurs rhumatoïdes; administré à la dose de 1 à 3 grammes par jour, l'iodure de potassium les fait disparaître en deux ou trois jours, tandis que le mercure ne les calme que plus lentement; souvent même il est impuissant à les adoucir. Les iodures de potassium et de fer, dans la seconde période de la syphilis, ne s'adressent donc pas à la maladie, mais à un symptôme spécial seulement; aussi il est inutile de les continuer longtemps après la disparition des douleurs

qui ont motivé leur administration. Quant à la pratique qui semble être adoptée aujourd'hui par quelques médecins, et qui consiste à prescrire de l'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel, dans le but théorique de détruire le mauvais effet du mercure sur l'économie, j'avoue ne l'avoir jamais suivie, et je ne m'en suis pas plus mal trouvé.

Dans la troisième période de la syphilis, l'iodure de potassium est le médicament spécifique par excellence; il a alors encore plus d'action que le mercure pendant la seconde période. On le donne à la dose de 1 à 3 grammes par jour dans une tasse de tisane. Quelques médecins élèvent la dose de ce médicament jusqu'à 10 et 20 grammes; nous croyons que ces hautes doses sont inutiles, elles fatiguent le malade et la guérison n'est pas plus rapide qu'avec une faible dose. Ce n'est que dans les cas d'ulcérations très rebelles, dans les cas de syphilis viscérale et particulièrement de syphilis cérébrale, qu'on a été quelquefois obligé d'élever la dose jusqu'à 6 ou 8 grammes; mais le plus ordinairement on obtient le résultat voulu, ainsi que je le disais tout à l'heure, avec 2, 3 et au plus 4 grammes en vingt-quatre heures.

J'ai l'habitude d'ailleurs de donner concurremment une préparation mercurielle; on a remarqué que la guérison est alors plus rapide que si l'on emploie l'iodure de potassium seul. Quelques médecins qui administrent aussi les deux médicaments contre les accidents tertiaires, les réunissent ensemble dans une même préparation, dans le sirop de Gibert par exemple; je pense qu'il est préférable de les donner séparément : un gramme d'iodure de potassium matin et soir, une ou deux pilules de Sédillot dans la journée, telle est ma prescription habituelle. Dans les cas de syphilis viscérale on a préconisé les frictions d'onguent mercuriel, associées à l'administration de l'iodure : c'est, en effet, une méthode qui donne

de bons résultats particulièrement dans les affections des centres nerveux.

Si le plus souvent on peut ordonner les médicaments spécifiques, et si l'on en retire de bons résultats, il y a des cas où l'on ne peut les administrer. Ainsi, lorsque les malades sont affaiblis, débilités, lorsqu'ils présentent quelques symptômes de la diathèse scrofuleuse, le mercure est souvent plus nuisible qu'utile ; il faut alors rejeter ce médicament, et attaquer la maladie indirectement, en agissant sur la constitution au moyen de l'huile de foie de morue, des préparations de fer et de quinquina, etc., et en conseillant des moyens hygiéniques qui agissent dans le même sens. C'est surtout lorsque les malades sont arrivés à la cachexie syphilitique, que les médicaments spécifiques doivent être proscrits ; car alors, au lieu de guérir, ils aggravent encore l'état général. On ordonne alors l'iodure de fer, le quinquina, un régime fortifiant, une bonne hygiène ; si la cachexie est avancée, on insiste surtout sur le régime alimentaire, et l'on donne en outre de l'opium, de la thériaque, du diascordium. Plus tard, lorsque l'état général est meilleur, lorsque les forces sont revenues, et surtout lorsque l'appareil digestif le permet, on peut alors prescrire de nouveau la médication spécifique.

Pour éviter l'action fâcheuse du mercure sur les organes digestifs, on a proposé d'administrer ce médicament au moyen d'injections hypodermiques et on a employé tout d'abord les injections de sublimé ; mais on a été obligé d'y renoncer à cause des inflammations sous-dermiques et des gangrènes de la peau qui en étaient très souvent la conséquence ; il y a quinze ans, j'ai essayé ce moyen thérapeutique sur une assez grande échelle, lorsque j'étais à l'hôpital Saint-Louis et, tout en constatant le bon effet thérapeutique, j'ai cru devoir l'abandonner à cause de la fréquence et même quelquefois à cause de la gravité

des accidents que je viens de mentionner. Néanmoins quelques médecins continuent à vanter l'efficacité et l'innocuité des injections sous-cutanées hydrargyriques; Martineau se sert avec avantage de la peptone ammoniaco-mercurique, en introduisant chaque jour environ 4 milligrammes de sublimé (voici la formule : peptone mercurique, 40 centigrammes ; eau distillée, 70 grammes. — 20 gouttes chaque fois); Liebreich, en Allemagne, emploie le formiamidate de mercure, Scarienzio le calomel, et ces praticiens prétendent obtenir par la voie sous-dermique des résultats plus prompts que ceux qu'on observe après l'introduction du mercure par les voies digestives. Je ne conteste pas leurs assertions, mais j'ajouterai que ce procédé de traitement, bon pour un hôpital, est peu praticable pour les malades de la ville, et d'autre part je ne le crois pas aussi inoffensif qu'on veut bien le dire : il suffit d'une canule mal nettoyée, d'une injection mal faite et poussée dans l'épaisseur de la peau pour amener des accidents. Je ne pense pas que cette méthode se généralise.

On a beaucoup vanté, dans le traitement de la syphilis, l'usage des sudorifiques ; beaucoup de médecins, parmi lesquels nous citerons Lagneau, ont admis leur action curative. On y croit peu maintenant et ces médicaments sont regardés habituellement comme ayant peu de valeur ; s'il arrive quelquefois à un médecin de prescrire une tisane de salsepareille, c'est plutôt par habitude que par une confiance raisonnée en son efficacité.

Dans les cas de syphilis rebelle, alors que le mercure et les iodures n'ont pas amené la guérison des accidents, ou lorsque leur action favorable est très lente, on trouve des auxiliaires utiles dans les eaux minérales. On conseille surtout alors les eaux sulfureuses, telles que celles de Barèges, de Luchon, d'Ax, d'Uriage, d'Aix-la-Chapelle, etc. En même temps que le malade est soumis au

traitement thermal, on doit lui continuer les spécifiques, dont l'usage sera suivi des meilleurs résultats. Au contraire, chez les malades fatigués par un traitement spécifique prolongé, on doit cesser ce traitement, chercher à fortifier la constitution par les eaux, et plus tard on pourra reprendre avec avantage le mercure ou les iodures, lesquels auront alors une efficacité réelle.

Je ne dois pas omettre de dire que, pendant le cours de la syphilis, surtout au moment où sévissent les diverses manifestations, il faut apporter un soin extrême aux précautions hygiéniques. Ainsi, le malade devra être soumis à un régime fortifiant, composé principalement de bon vin et de viande, pour lutter contre l'action débilitante de la maladie, et aussi contre l'action altérante des médicaments. On devra surveiller l'habillement; le malade ne devra pas être trop couvert, parce que la trop grande chaleur peut déterminer l'apparition d'une syphilide; mais il devra également éviter avec soin le froid, qui peut faire développer d'autres manifestations. Enfin, les excès de tous genres doivent être proscrits, d'abord parce qu'ils débilitent l'économie qui est déjà assez faible, et ensuite parce qu'ils peuvent favoriser la manifestation de nouveaux accidents syphilitiques.

Des syphilides.

Le mot *syphilides* doit s'appliquer aux maladies cutanées qui se développent sous l'influence de la syphilis.

Les auteurs qui admettent l'antiquité de la syphilis, ont cru reconnaître des caractères spécifiques dans certaines maladies cutanées, dont les descriptions nous ont été laissées par les auteurs anciens, et ils ont pensé que les syphilides ont été souvent confondues avec la lèpre, qui a disparu en Europe à peu près complètement à l'époque de l'apparition de la syphilis. Sans revenir sur

toutes les raisons que nous avons données plus haut comme preuves de la première apparition de la syphilis à la fin du quinzième siècle, nous ferons remarquer que ces descriptions des auteurs anciens, invoquées comme preuves de l'ancienneté de la syphilis, sont très confuses, tandis que celles dues à Fallope, à Massa, à Fracastor, sont si exactes, si nettes, que l'on peut encore aujourd'hui reconnaître très facilement les maladies dont ils parlent. Il est vrai que ces éruptions avaient à cette époque une intensité que l'on ne rencontre plus que très rarement; mais, malgré ce degré de gravité, leurs caractères sont très tranchés, et les auteurs qui ont assisté à l'apparition de la syphilis ont tous regardé ces éruptions comme des maladies nouvelles et non encore décrites.

Pendant longtemps, aucun travail spécial ne fut entrepris sur les manifestations cutanées de la syphilis, et les syphilides furent étudiées avec les autres symptômes de la syphilis ou confondues avec les maladies de la peau. Willan et Bateman eux-mêmes, attachant trop d'importance à la lésion élémentaire, et ne divisant pas les maladies cutanées d'après leur nature, ne surent pas séparer des autres maladies cutanées celles dues à la syphilis, et en faire une classe particulière. Ce fut seulement en l'an X, que Trappe, interne des hôpitaux de Paris, publia un mémoire sur les affections cutanées syphilitiques; il les divisa en pustules vénériennes et en excroissances, et il sut comprendre presque toutes les syphilides dans les sept espèces qu'il établit, d'après les caractères les plus saillants de ces éruptions. Vers la même époque, Lagneau fit paraître sa thèse inaugurale sur les éruptions vénériennes; sa classification se rapproche beaucoup de celle de Trappe. En 1820, Cullerier l'Ancien publia, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, un article sur les éruptions vénériennes, qu'il appela encore *pustules vénériennes;* il admit des pustules ulcéreuses, des pustules

tuberculeuses, des pustules formiées, galeuses, croûteuses, etc.

Tous ces travaux vinrent mettre un peu d'ordre dans les éruptions syphilitiques, mais ils étaient encore trop incomplets. Alibert lui-même ajouta peu à cette étude; il conserva les onze espèces de Cullerier, mais il eut le mérite de changer le nom impropre de *pustules* en celui de *syphilides*, dénomination qui est restée dans la science, parce qu'elle indique la nature réelle de ces éruptions.

Le véritable progrès dans l'étude des éruptions syphilitiques est dû à Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis, en même temps qu'Alibert. Biett, acceptant le mot de syphilides créé par son collègue, et rejetant les formes secondaires admises par Cullerier, décrivit les diverses éruptions syphilitiques en les classant, d'ailleurs, selon la méthode de Willan, d'après leurs lésions élémentaires. Il admit ainsi une syphilide exanthématique, une syphilide vésiculeuse, une syphilide bulleuse, une syphilide pustuleuse, une syphilide tuberculeuse, une syphilide papuleuse et une syphilide squameuse. Il donna surtout une description parfaite des caractères généraux des syphilides, et traça de main de maître le diagnostic précis des diverses espèces. Cet illustre médecin éleva l'étude des manifestations cutanées de la syphilis à un tel point, que l'on a ajouté peu de chose à ses travaux. Quelques additions furent dues cependant à ses élèves, Cazenave, Legendre, Bassereau, et aussi aux médecins représentant l'école de Lyon, Diday et Rollet; je crois devoir mentionner également les leçons de Bazin, qui, le premier, rangea et décrivit les syphilides d'après leur ordre d'apparition et d'après la période de la maladie pendant laquelle elles se développent.

Aujourd'hui, grâce à ces nombreux travaux, l'étude des syphilides est l'une des plus avancées de la derma-

tologie, et tous les médecins les regardent comme les maladies cutanées les mieux connues relativement au diagnostic et au traitement. En effet, ces éruptions se montrent avec des caractères si tranchés, que le diagnostic offre peu de difficulté au médecin possédant quelques connaissances en pathologie cutanée, et le traitement est bien tracé comme celui de toutes les maladies que l'on traite habituellement avec des spécifiques.

Dans notre étude sur les manifestations cutanées de la syphilis, nous allons d'abord exposer les caractères généraux qui donnent aux syphilides, quels que soient leur forme et leur siège, une physionomie particulière qui les fait facilement distinguer, dans la plupart des cas, des autres éruptions cutanées; puis, nous entrerons dans l'étude des variétés particulières, des espèces, et nous finirons par quelques indications thérapeutiques applicables spécialement aux éruptions syphilitiques.

Caractères généraux des syphilides.

Nous avons dit que les éruptions syphilitiques se présentaient avec des caractères généraux si tranchés, que dans la plupart des cas on les reconnaissait facilement. Ces caractères, communs à toutes les variétés de syphilides, doivent être recherchés dans l'association et le mélange de plusieurs espèces, dans la coloration et la forme des éruptions, dans les phénomènes secondaires (squames, croûtes, ulcérations et cicatrices), dans le siège habituel, dans les phénomènes locaux et généraux, dans les affections concomitantes, et enfin dans la marche de ces maladies cutanées, laquelle offre elle-même quelque chose de spécial.

Polymorphie. — Un caractère très important des éruptions syphilitiques, et surtout des éruptions qui surviennent dans la seconde période de la maladie, c'est de se

présenter en même temps sous plusieurs formes élémentaires réunies ; on rencontre simultanément sur le même individu des taches exanthématiques, des papules, des squames ou des pustules. J'ai proposé le mot de *polymorphie*, pour exprimer ce mélange de plusieurs espèces.

Coloration. — La couleur des syphilides est toute particulière et spéciale, et malgré les descriptions et les comparaisons qu'on en a données, il est difficile de l'indiquer d'une manière exacte ; aussi a-t-on pris l'habitude de l'appeler la *coloration syphilitique*. Pour rendre cette couleur, les anciens auteurs avaient fait différentes comparaisons ; ainsi Fallope la comparait à la couleur du maigre de jambon, et cette comparaison est très juste, elle rappelle la couleur rouge sombre des syphilides, qui n'ont ni la teinte violacée des scrofulides, ni la teinte rouge vif des exanthèmes. Swediaur, ayant comparé cette coloration au cuivre rouge, lui donna le nom de coloration cuivrée ; ce nom, quoique moins juste que celui de Fallope, est resté, et aujourd'hui l'expression de teinte cuivrée amène aussitôt l'idée d'une éruption syphilitique. Cette coloration n'est pas toujours aussi tranchée ; ainsi, dans les syphilides récentes, on rencontre une couleur rose, puis rouge, et c'est surtout plus tard que se montre la teinte spécifique. Dans quelques cas, dans les syphilides papuleuse ou tuberculeuse disséminée, la coloration prend une teinte brune très foncée. Lorsque la lésion élémentaire est constituée par une saillie pleine, par une papule ou par un tubercule, la coloration spécifique se voit sur toute la saillie ; lorsque, au contraire, l'éruption est formée par des pustules, des vésicules ou des ulcérations, la couleur n'existe qu'autour de la lésion cutanée, souvent même elle ne se montre qu'autour d'un groupe de vésicules ou de pustules réunies. Plus tard, lorsque la lésion s'affaisse et disparaît, lorsque l'ulcéra-

tion se cicatrise, la coloration spéciale se retrouve à la place occupée auparavant par la lésion éruptive.

Forme. — Les éléments éruptifs des syphilides affectent, en général, une forme circulaire ou semi-circulaire ainsi on voit les éruptions disposées en cercles complets, ou en segments de cercle plus ou moins étendus. Cette disposition des éruptions est peu marquée dans les syphilides précoces, mais elle est très fréquente dans les syphilides appartenant à un âge avancé de la maladie. Cette forme est un très bon caractère diagnostique, mais il ne suffit pas à lui seul pour faire reconnaître une syphilide, car on retrouve d'autres éruptions qui affectent la même forme : ainsi le psoriasis, l'herpès circiné, etc., peuvent présenter la même disposition.

Absence de douleur et de démangeaison. — Ce caractère, tout négatif, est un des meilleurs pour reconnaître les syphilides, et toutes les fois que l'on est en présence d'une éruption ne présentant ni prurit, ni douleur, on doit penser à une éruption syphilitique, et, par contre, toutes les fois qu'une syphilide évidente est accompagnée d'un prurit même modéré, il faut rechercher s'il n'y a pas une complication qui expliquerait ce dernier phénomène. C'est en agissant ainsi que j'ai trouvé plusieurs fois que ce prurit dépendait soit de la gale, soit d'une urticaire, soit d'une affection dartreuse. Nous devons dire cependant que les syphilides du cuir chevelu sont quelquefois prurigineuses, et qu'il n'est pas très rare de rencontrer, au début de quelques syphilides, une légère démangeaison, laquelle disparaît habituellement au bout de peu de temps.

Phénomènes secondaires de l'éruption. — A mesure que les syphilides se développent, elles se modifient dans leur aspect, et elles présentent des phénomènes consécutifs, qui offrent eux-mêmes des caractères particuliers dus à leur nature, caractères qu'on retrouve dans les

squames, dans les croûtes, dans les ulcérations et dans les cicatrices.

Les squames sont blanchâtres, superficielles, elles ne recouvrent quelquefois qu'incomplètement la saillie éruptive; elles se distinguent de celles du psoriasis, qui sont plus épaisses, moins adhérentes, et imbriquées en plusieurs couches. Biett attachait une grande valeur au liséré épidermique blanchâtre, en forme de collerette, qui circonscrit les squames; ce signe est simplement dû à un détachement de l'épiderme autour de la lésion éruptive.

Les croûtes, qui succèdent à la rupture des pustules syphilitiques ou à l'ulcération des tubercules, présentent une coloration d'un vert noir, tout à fait spéciale. Ces croûtes sont épaisses, inégales, très adhérentes, comme enchâssées dans la peau qui les entoure; leur surface est stratifiée, et quelquefois elle présente des éminences, des aspérités, qui la font ressembler à un coquillage, à une écaille d'huître.

Les ulcérations, qui succèdent à une syphilide, présentent aussi des caractères particuliers. Elles sont arrondies; leurs bords sont nets et taillés à pic, ils ne sont pas décollés; le fond est grisâtre et comme revêtu d'une pseudo-membrane; le pus est sanieux, fétide et très plastique. Souvent, autour de l'ulcération, on trouve une auréole présentant la teinte brune caractéristique.

Les cicatrices qui succèdent aux ulcérations, sont arrondies et moins grandes que l'ulcération; le centre présente une dépression en rapport avec la perte de substance; la peau est ridée, ou unie et très fine. Cette cicatrice présente, dans les premiers temps, une coloration d'un brun violet, souvent plus marquée qu'elle ne l'était autour des ulcérations; puis cette coloration disparaît peu à peu, pour faire place à la teinte blanche commune à toutes les cicatrices. La forme des cicatrices

peut, dans certains cas, faire reconnaître l'éruption qui lui a donné naissance; ainsi la disposition des cicatrices fait reconnaître une syphilide tuberculeuse circonscrite, ou une syphilide serpigineuse, par l'étendue de la cicatrice et par sa forme spéciale.

Siège. — Les syphilides peuvent se développer sur toutes les parties du corps; cependant quelques-unes affectionnent un siège spécial. Ainsi la syphilide papuleuse occupe surtout la partie postérieure du cou et le tronc; la roséole syphilitique est plus développée à la partie interne des membres qu'à leur partie externe; le psoriasis syphilitique siège surtout aux mains et aux pieds; la syphilide pustuleuse superficielle est fréquente au cuir chevelu; les plaques muqueuses de la peau se développent près de l'orifice des muqueuses, là où la peau est plus fine et plus délicate, et dans les endroits où il existe un frottement habituel.

Phénomènes généraux. — Quelquefois l'apparition d'une éruption syphilitique est précédée et accompagnée d'un peu de malaise, de fatigue, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile, mais ces symptômes disparaissent aussitôt que l'éruption est complète. Fréquemment, et particulièrement lorsqu'il s'agit des femmes, avant la manifestation cutanée, les malades se plaignent d'une céphalée biparietale très douloureuse, s'exaspérant la nuit, et que j'ai déjà mentionnée. Mais souvent on voit les syphilides apparaître en même temps qu'existent toutes les apparences d'une bonne santé; le patient ne s'aperçoit qu'il a une éruption qu'en s'examinant, et comme cette éruption n'est accompagnée ni de douleur ni de démangeaison, elle peut passer inaperçue, si le malade est peu soigneux de sa personne. Dans certains cas, les syphilides apparaissent chez un individu très anémié; l'anémie n'est pas alors due aux syphilides, mais à la syphilis elle-même; il en est de même pour les

éruptions qui surviennent dans la cachexie syphilitique et qui ne la produisent pas; cette terrible complication, qui rend le pronostic grave et le traitement difficile, est le résultat des progrès de la syphilis.

Phénomènes concomitants. — En même temps que les manifestations cutanées de la syphilis apparaissent, on voit survenir les autres symptômes de la syphilis, et ces phénomènes concomitants ont une grande valeur dans les cas où le diagnostic est douteux.

Nous avons vu que les accidents dus à la syphilis pouvaient se diviser en trois périodes : l'accident primitif, les accidents secondaires et les accidents tertiaires. On peut de même admettre dans les syphilides une division dont nous reparlerons plus loin, et les séparer, d'après l'époque de leur apparition, en syphilides précoces et en syphilides tardives; les syphilides précoces coïncideront avec l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux, avec les plaques muqueuses développées à la vulve, à l'anus, à la gorge, etc., avec la céphalée, avec les douleurs rhumatoïdes dans les membres s'exaspérant le soir dans le lit, avec l'alopécie, etc. Les syphilides tardives se montreront en même temps que les accidents tertiaires, c'est-à-dire avec les douleurs ostéocopes, les exostoses, les nécroses, les tumeurs gommeuses, et enfin, dans quelques cas, concurremment avec la cachexie syphilitique.

Marche.—Les syphilides ont généralement une marche lente, comme la plupart des maladies cutanées; mais elles présentent ce caractère important qui les distingue des autres éruptions, c'est qu'elles se modifient, qu'elles se transforment, une éruption succédant souvent à une autre, soit immédiatement, soit après un intervalle plus ou moins long. Dans quelques cas rares de syphilide tardive, la maladie persiste un certain temps dans le même siège et sous la même forme; mais cela est l'exception,

tandis que les scrofulides occupent ordinairement le même siège et présentent la même forme pendant toute leur durée. Quelques syphilides n'ont pas une marche aussi lente que celle que nous avons indiquée plus haut; ce sont surtout les éruptions très précoces qui ont une marche rapide, laquelle fait que quelquefois elles passent inaperçues du malade. Une cause qui rend la durée des syphilides assez longue, c'est que souvent l'éruption se fait par poussées successives, une nouvelle éruption arrivant pendant l'existence de la première, ce qui permet alors de constater sur la même personne la même maladie à différents degrés d'évolution.

Diagnostic des syphilides. — En décrivant les syphilides en général, j'ai dit que leurs caractères communs étaient la coloration rouge brun, la polymorphie, la configuration arrondie, l'absence de prurit et de douleur, l'aspect spécial des croûtes, des ulcérations et des cicatrices. Aucun de ces caractères pris isolément n'a une valeur pathognomonique absolue et ne suffit pour faire reconnaître avec certitude une syphilide ; mais, lorsqu'on en trouve plusieurs réunis, on peut diagnostiquer facilement la nature de l'éruption. Quelques auteurs ont dit que la syphilis était un *Protée*, qu'elle pouvait revêtir une foule de formes diverses, et qu'il était impossible de pouvoir lui reconnaître des caractères invariables. Je ne saurais trop m'élever contre cette proposition, qui se transmet de génération en génération, et qui est cause de beaucoup d'erreurs de diagnostic. En effet, si les manifestations cutanées de la syphilis peuvent se montrer sous des formes variées qui peuvent se transformer et se succéder, toutes ces éruptions présentent toujours les mêmes caractères principaux, et, si l'on ne peut les constater tous dans une même éruption, on peut cependant en rencontrer un assez grand nombre pour poser le diagnostic d'une manière scientifique. De plus, en même temps

que l'on étudiera les caractères objectifs de l'éruption, on ne négligera pas la marche de la maladie, son siège, et surtout on recherchera les phénomènes concomitants.

Dans quelques cas difficiles, on ne peut, même en se servant de tous ces caractères, arriver à un diagnostic certain. Alors il faut consulter les antécédents du malade, sans cependant leur donner trop de valeur, car un malade peut avoir eu un chancre mou qui n'a été suivi d'aucun accident secondaire et présenter plus tard une éruption dartreuse ou scrofuleuse sans rapport avec la première ulcération. D'autres personnes, au contraire, ont la syphilis, elles ont eu des accidents syphilitiques, et l'on ne peut avoir, de leur part, que des dénégations formelles, soit qu'elles veuillent tromper, soit qu'elles se trompent elles-mêmes; aussi ne doit-on avoir qu'une confiance assez bornée dans les renseignements fournis par les malades. Dans ces cas difficiles, où le diagnostic est douteux, on a encore pour ressource d'étudier les effets du traitement; et, dans ce cas, on doit prescrire un traitement antisyphilitique qui modifiera rapidement, d'une façon favorable, l'éruption, si elle est de nature syphilitique, tandis qu'il sera nul ou qu'il augmentera, au contraire, la gravité de l'éruption, si elle est due à une autre cause.

Anatomie pathologique des syphilides. — Les syphilides ne présentent aucun caractère anatomique spécial qui permette de les différencier. Dans les éruptions superficielles, c'est-à-dire dans les éruptions exanthématiques, papuleuses, vésiculeuses et pustuleuses, l'étude histologique fait reconnaître l'existence de proliférations cellulaires dans le corps muqueux, le développement hypertrophique des papilles, la présence de sérosité, de cellules migratrices venant des vaisseaux et même de quelques globules rouges expliquant la coloration foncée des éruptions. Les vaisseaux capillaires du chorion et

du corps muqueux sont ou congestionnés ou oblitérés par suite de l'altération de leur paroi interne; les diverses couches épidermiques sont épaissies et le plus souvent soulevées par l'exsudat sous-jacent, de manière à former des papules, des vésicules ou des pustules, suivant la quantité ou la qualité de cet exsudat. Mais il n'y a rien là de spécial à la syphilis, et il serait impossible, au microscope, de distinguer la saillie d'une syphilide papuleuse, de la papule d'un psoriasis commun. On ne trouve en effet dans les éruptions syphilitiques superficielles que des proliférations cellulaires, des œdèmes sous-épidermiques et des altérations vasculaires appartenant à toute lésion cutanée inflammatoire.

Quant aux syphilides profondes, pour les tubercules, on rencontre les mêmes lésions que pour les éruptions superficielles, avec cette différence que les proliférations cellulaires s'étendent au derme au lieu de se borner au corps muqueux et aux papilles; l'obstruction vasculaire est plus étendue et plus complète, ce qui explique la terminaison fréquente par ulcération. La tendance à la destruction des tissus s'accentue encore davantage dans les gommes, l'infiltration cellulaire envahit alors souvent de larges surfaces du derme et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Au début, à l'état de crudité, on voit ces tumeurs, du volume d'un pois à une mandarine, constituées par un amas de petites cellules pressées les unes contre les autres au milieu de la couche profonde du derme et de la couche adipeuse sous-cutanée; ces cellules séparent les faisceaux du tissu conjonctif dermique et remplacent les gouttelettes huileuses de la graisse; en même temps les vaisseaux sont oblitérés par des cellules lymphatiques et par des altérations de l'endothélium, et la circulation sanguine se trouve entravée ou suspendue. J'ajoute qu'au milieu de ces cellules embryonnaires on a rencontré quelquefois de véritables cellules géantes,

analogues à celles qu'on trouve dans les tubercules. Plus tard et par suite de la pression réciproque de ces divers éléments qui s'étouffent et aussi par le fait des oblitérations vasculaires, il se produit une dégénérescence granulo-graisseuse, des mortifications cellulaires, et il se fait un ramollissement central; la tumeur se rapproche de la surface extérieure de la peau, l'épiderme est soulevé, distendu, et il se forme une ulcération à forme ordinairement arrondie, à travers laquelle s'écoule un mélange de liquide gommeux, de pus et de tissu mortifié; cette ouverture est assez petite et conduit dans une sorte de cratère rempli de productions bourbillonneuses. Enfin, lorsque toutes ces productions mortifiées ou graisseuses ont été évacuées et souvent aussi sous l'influence salutaire d'un agent thérapeutique, il se forme à l'intérieur de la cavité des bourgeons charnus qui l'oblitèrent et qui deviennent la base d'une cicatrice. Dans cette description écourtée des lésions histologiques de la gomme, on voit qu'il n'y a rien là de spécial et que la nature des éléments morbides ainsi que le processus rapprochent singulièrement les gommes syphilitiques des productions scrofuleuses ou tuberculeuses.

Division des syphilides.

Le diagnostic des syphilides, en général, est de la plus haute importance, et toutes les fois qu'on est en présence d'une éruption cutanée, il est indispensable de penser à la nature de la maladie et de poser la question de la syphilis. Reconnaître et nommer les différentes variétés de syphilides n'est pas aussi indispensable, dès le moment que l'on a reconnu la nature de l'éruption; il est quelquefois d'ailleurs très difficile de le faire, parce que les espèces sont souvent mélangées ensemble, et qu'elles ne présentent pas toujours des caractères bien tranchés.

Cependant, comme ce diagnostic peut, dans certaines circonstances, avoir de la valeur au point de vue du pronostic et du traitement, et comme il en a toujours au point de vue scientifique, on doit, dans tous les cas, chercher à reconnaître la variété de syphilide que l'on a à traiter.

Pour arriver à établir ce diagnostic des différentes variétés de syphilides, et pour les décrire méthodiquement, on a proposé plusieurs classifications. Un grand nombre d'auteurs les ont rangées d'après les lésions anatomiques élémentaires qu'elles présentent, et ils ont admis des syphilides vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, etc. Cette méthode a certainement quelques avantages : elle les rapproche des éruptions d'une autre nature ayant la même lésion élémentaire, et elle permet d'en reconnaître les caractères distinctifs; mais elle a peu de valeur pratique, et elle ne donne aucune indication spéciale pour le traitement. Aussi, en m'appuyant sur ce fait que la syphilis a une marche régulière, et que ses manifestations varient selon ses périodes, je pense avec Bazin qu'il est mieux d'adopter, pour classer les syphilides, l'époque de leur apparition, et de les ranger d'après l'âge de la maladie. En sachant à quelle période appartient telle ou telle éruption, on a tout de suite une première idée des indications thérapeutiques principales qu'elles réclament, les préparations mercurielles convenant habituellement aux syphilides précoces, et l'iodure de potassium aux syphilides tardives. Considérant donc l'âge de la maladie, je rangerai les syphilides en trois groupes, qui sont :

I. Les syphilides précoces ;
II. Les syphilides intermédiaires;
III. Les syphilides tardives.

Et chacun de ces groupes se présentera avec des caractères particuliers, qui souvent permettront à eux seuls

d'établir l'âge de la maladie. Quant à l'époque d'apparition, il n'y a pas de syphilides à la première période de la syphilis, parce qu'elles ne sont jamais primitives; les syphilides précoces arrivent de trois semaines à huit ou douze mois après l'accident primitif; les syphilides intermédiaires, de six mois à un an ou deux; et les syphilides tertiaires se développent de deux ans à dix, quinze, trente ans après. J'ajoute que cette règle d'apparition n'est pas absolue, et qu'on peut constater de temps en temps quelques exceptions relatives à des éruptions spécifiques se manifestant ou plus tôt ou plus tardivement qu'à l'ordinaire.

§ 1er. — Syphilides précoces.

Les syphilides précoces, c'est-à-dire celles qui se développent peu de temps après l'accident primitif (de trois semaines à un an), présentent les caractères particuliers suivants : Les éruptions sont très superficielles, et elles ne présentent pas d'ulcérations, ou, s'il y en a, elles sont très légères, d'une durée très courte, et elles se terminent par de simples maculatures qui disparaissent au bout d'un temps assez court. Un des caractères les plus importants est la dissémination de l'éruption; il est très rare de voir une syphilide exanthématique ou papuleuse limitée à une région du corps. Les éléments éruptifs des syphilides précoces présentent bien la forme arrondie, mais ils sont groupés indifféremment; ils ne forment ni cercles, ni segments de cercle, comme on le voit pour les éléments des syphilides plus tardives.

L'apparition d'une syphilide précoce est souvent précédée de malaise, de courbature, de douleurs nerveuses ou musculaires, d'embarras gastrique et d'une fièvre légère que l'on a appelée fièvre syphilitique. Ces phénomènes n'existent pas toujours, et l'on peut voir une ro-

séole apparaître sans aucun trouble de la santé et sans que le malade s'en aperçoive; toutefois il n'est pas rare de les observer et de les voir disparaître au moment où se montrent les premières taches cutanées; dans certains cas, ils sont accompagnés d'une angine érythémateuse, et alors ils peuvent faire croire à une fièvre éruptive. Mais, contrairement à ce qui se passe pour ces dernières maladies, il est rare, dans les syphilides, que l'éruption se montre sur tout le corps en même temps; ordinairement elle se fait avec lenteur, par poussées successives; elle débute par une région, en envahit une autre et s'étend ainsi à tout le corps, se développant au moment où apparaissent les autres accidents secondaires. C'est ainsi que les syphilides précoces seront accompagnées de l'engorgement indolent des ganglions inguinaux et cervicaux, de l'angine syphilitique, de la céphalée bitemporale et des douleurs rhumatoïdes s'exaspérant le soir. Dans les cas où les caractères spéciaux de l'éruption sont peu tranchés, ces accidents concomitants pourront aider au diagnostic.

Je crois devoir admettre cinq formes différentes de syphilides précoces : 1° la syphilide exanthématique; 2° la syphilide papuleuse; 3° la syphilide pustuleuse superficielle; 4° la syphilide varioliforme, et 5° la syphilide végétante. Ces formes se présentent souvent mélangées les unes avec les autres.

1° Syphilide exanthématique.

La syphilide exanthématique, désignée aussi sous le nom de *roséole syphilitique*, est ordinairement la première manifestation de la syphilis du côté de la peau; elle arrive le plus souvent en même temps que l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux et au moment où se développent les plaques muqueuses. Quelques

auteurs admettent que la roséole syphilitique est un phénomène constant, qui ne manque jamais ; et ils ajoutent que cette éruption, se développant souvent sans aucun trouble de la santé et parcourant toutes ses périodes sans déterminer aucune réaction morbide, peut passer inaperçue, non seulement pour le malade, mais aussi pour le médecin, si ce dernier ne pense pas à faire découvrir le malade pour examiner l'enveloppe cutanée. Si la roséole peut, en effet, exister quelquefois sans être aperçue, je suis loin de l'admettre comme un phénomène constant de la syphilis ; dans un assez grand nombre de cas, une observation attentive et soutenue ne permet pas de la constater.

La roséole syphilitique apparaît ordinairement de trois à six semaines après l'accident primitif : elle peut aussi ne se montrer qu'après trois ou quatre mois, rarement plus tard. Elle peut débuter de deux façons : le plus souvent, elle se développe d'une manière lente et progressive, elle envahit d'abord la poitrine, puis le ventre, les cuisses et les avant-bras ; dans ce cas, elle est quelquefois accompagnée de malaise, de courbature et des phénomènes que nous avons signalés comme pouvant se montrer quelques jours avant l'apparition des syphilides précoces. Dans d'autres cas, le début est brusque, et l'éruption envahit alors en vingt-quatre heures tout le corps du malade. Lorsque l'apparition de la roséole est ainsi rapide, le plus souvent elle a été provoquée par une cause occasionnelle, telle qu'une émotion vive, une grande fatigue, un excès de table, un bain de vapeur ou un bain sulfureux.

La syphilide exanthématique est caractérisée par des taches irrégulièrement arrondies, un peu déchiquetées sur leurs bords, sans saillie ou à peine saillantes au-dessus de la peau ; leur volume varie de celui d'une lentille à la largeur d'une pièce d'un franc. La coloration

présente des variétés qui dépendent surtout de l'âge de l'éruption ; au début, les taches sont d'un rose assez net, qui devient insensiblement plus foncé, acquiert la couleur du rose de Chine, puis à la fin prend une teinte plus brune ; souvent, dans la période de décroissance, ces taches présentent une coloration grisâtre, qui les fait ressembler à des plaques de malpropreté. La roséole est quelquefois si peu prononcée que, pour la reconnaître, il faut regarder la peau obliquement et à contre-jour. La pression du doigt fait disparaître momentanément la coloration de la roséole, mais elle ne s'efface que lentement et incomplètement, lorsque l'éruption existe depuis quelque temps.

Les taches de la syphilide exanthématique peuvent être discrètes ou confluentes. Elles sont ordinairement disposées sans aucun ordre ; on a dit qu'elles forment des cercles et des segments de cercle ; cette disposition est bien rare. Comme elles laissent entre elles des espaces ayant la coloration normale, elles donnent à la peau un aspect marbré caractéristique.

La syphilide exanthématique peut se développer sur toutes les parties du corps ; mais elle siège surtout sur le tronc, à la base de la poitrine et sur le ventre, et particulièrement sur les flancs ; on la rencontre encore à la face interne des membres, spécialement aux cuisses et aux bras, très rarement à la face et au cou.

La roséole syphilitique, comme toutes les syphilides, n'est accompagnée ni de démangeaison, ni de cuisson, ni de douleur ; et lorsque les malades atteints de cette éruption accusent un prurit violent, il faut toujours en chercher la cause dans l'existence d'une autre affection, principalement de la gale ou d'une urticaire.

La marche de la roséole syphilitique est ordinairement assez rapide, et l'éruption parcourt son évolution en un ou deux mois. Sa durée semble être en rapport avec son

époque d'apparition ; ainsi, lorsqu'elle survient peu de temps après l'accident primitif, elle ne dure que trois ou quatre semaines ; sa durée, au contraire, est de plusieurs mois, lorsqu'elle ne se montre que plus tardivement.

La roséole se termine habituellement par résolution ; les taches s'effacent peu à peu, surtout sous l'influence du traitement. Quelquefois elles se recouvrent d'une légère desquamation qui tombe promptement et qui ne se renouvelle pas.

Variétés de roséole. — Il faut admettre dans la roséole plusieurs variétés : la roséole vulgaire, la roséole boutonneuse, la roséole en plaques, la roséole annulaire.

La roséole vulgaire est celle que je viens de décrire ; les taches exanthématiques sont petites, sans saillie, leur forme est arrondie, assez régulière ; elles s'effacent peu à peu et disparaissent sans aucune trace de desquamation.

La roséole boutonneuse (roséole ortiée de Fournier) présente une légère saillie et forme une variété intermédiaire entre la roséole vulgaire et la syphilide papuleuse ; elle se termine souvent par une légère desquamation. Elle peut exister seule ; mais, lorsque la roséole coïncide avec la syphilide papuleuse, il n'est pas rare d'observer chez le même malade des taches de roséole vulgaire bien caractérisées, des saillies lenticulaires de syphilide papuleuse et d'autres taches légèrement élevées de roséole boutonneuse, qui semblent être la transition entre l'éruption exanthématique et l'éruption papuleuse.

La roséole en plaques est constituée par des taches exanthématiques assez larges, ayant la dimension d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes, non saillantes ou formant à peine un léger relief, assez semblables aux taches de l'érythème. Habituellement elles ne présentent pas de squames et elles s'effacent peu à peu par la diminution graduelle de leur coloration.

La roséole en plaques paraît le plus souvent assez tar-

divement ; c'est une éruption de récidive qui se manifeste ordinairement après la disparition de la roséole vulgaire et de la syphilide papuleuse lenticulaire.

La roséole annulaire ou orbiculaire appartient aux syphilides intermédiaires ou même tardives ; il n'est pas rare de la voir coïncider avec des éruptions tuberculeuses ulcérées et avec des gommes, et c'est pour ne pas scinder la description des diverses variétés de roséole que je crois devoir en parler ici. Elle se manifeste sous la forme de cercles d'un rose un peu jaune, d'un diamètre de 3 à 10 ou 12 centimètres, circonscrivant régulièrement un espace dont le centre est complètement sain. Ces cercles sont peu ou point saillants au-dessus du niveau de la peau ; ils ne présentent ni squames, ni croûtes, ni ulcérations. Ils gardent ordinairement leur diamètre primitif sans s'agrandir, et disparaissent par une décoloration graduelle. Ils ne sont accompagnés d'aucune douleur, d'aucune cuisson, d'aucune démangeaison. Leur durée est souvent assez longue et peut se prolonger pendant plusieurs mois. Le siège habituel de la roséole annulaire est à la face interne des avant-bras et des poignets ; on la rencontre aussi aux épaules, à la poitrine, au ventre et à la partie supérieure des cuisses.

Diagnostic. — Le diagnostic de la roséole est presque toujours facile, non seulement par la teinte un peu foncée de l'éruption et par l'absence de prurit et de douleur, mais aussi parce que le plus souvent, au moment où apparaît la roséole, on peut encore constater sur le malade l'existence ou au moins des traces de l'accident primitif ; si l'éruption est tardive, elle coexistera presque toujours alors avec d'autres phénomènes secondaires, tels que l'engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux, des plaques muqueuses à la gorge, à l'anus ou à la vulve, la céphalée, l'alopécie, les douleurs rhumatoïdes.

Les seules maladies que l'on pourrait confondre avec

la syphilide exanthématique sont la roséole simple et la rougeole. La roséole fébrile a une marche très rapide; elle est accompagnée de quelques démangeaisons, de fièvre, et ne présente pas les phénomènes concomitants de la syphilis secondaire. La rougeole présente au moment de son déclin, quand les taches commencent à disparaître et prennent une teinte foncée, une assez grande ressemblance avec la syphilide exanthématique; mais la marche de l'éruption, la fièvre et les phénomènes de la période d'invasion la feront facilement reconnaître. La roséole annulaire se distingue de la syphilide squameuse circinée et du psoriasis circiné par l'absence de squames, et de l'herpès circiné par l'absence d'extension centrifuge.

Cazenave a décrit sous le nom d'*érythème syphilitique* une éruption qu'il a rapprochée à tort de la syphilide exanthématique. En effet, cette éruption est caractérisée par des taches plus larges, très rouges, formant une saillie assez marquée au-dessus de la peau, et elles sont accompagnées de démangeaisons vives. Les caractères de cet exanthème sont tout à fait différents de ceux des syphilides; or, si l'on remarque que dans les observations que cet auteur a données, tous les malades avaient la blennorrhagie et qu'ils avaient presque tous pris du copahu, on se convaincra facilement que, dans les cas cités, cette éruption était le résultat de l'action du médicament, ou qu'elle constituait un phénomène en rapport avec la blennorrhagie.

Pronostic. — La syphilide exanthématique est un phénomène assez grave, puisqu'elle annonce d'une manière certaine que le malade sur lequel on l'observe est syphilitique et qu'il est exposé ultérieurement à des affections plus sérieuses. Comme manifestation cutanée, c'est une éruption bénigne, qui se guérit sans cicatrice, et qui souvent disparaît assez promptement et même spontanément.

2° Syphilide papuleuse.

La syphilide papuleuse présente deux variétés distinctes : *a.* la syphilide papuleuse lenticulaire ; *b.* la syphilide papuleuse plate.

a. Syphilide papuleuse lenticulaire.

Cette variété de syphilide est une des plus communes et des plus précoces ; elle coïncide souvent avec la roséole, ou avec d'autres formes également superficielles. Son début est quelquefois marqué par les prodromes que nous avons signalés plus haut. Elle est caractérisée par de petites taches rondes, aplaties, de la forme et du volume d'une lentille, faisant une légère saillie au-dessus de la peau. Ces taches présentent à leur début une coloration rouge assez nette, qui devient graduellement plus foncée en se rapprochant de la teinte cuivrée, pour présenter à la fin cette teinte brune qui a fait comparer par Fallope la couleur spéciale des syphilides au maigre du jambon. Cette dernière coloration persiste longtemps, et on la retrouve encore après l'affaiblissement de toute saillie. Au début, la pression du doigt la fait disparaître ; mais, lorsqu'elle est passée à la teinte cuivrée ou brune, elle ne disparaît qu'en partie sous la pression du doigt.

Au commencement de l'éruption, ces taches forment des saillies dures, pleines et lisses ; mais bientôt, sur la surface, l'épiderme se ride, se détache et une desquamation assez marquée s'opère ; les squames sont fines et blanches ; en se détachant d'abord à leur circonférence, elles forment autour de la tache un petit liséré blanc, une espèce de collerette à laquelle Biett attachait une grande valeur pour le diagnostic et qu'on a l'habitude de désigner sous le nom de liséré de Biett. Dans quelques

cas, la desquamation est plus prononcée, les squames sont plus épaisses, légèrement imbriquées les unes sur les autres, et elles se renouvellent plusieurs fois ; on a alors donné à l'affection le nom de *syphilide papulo-squameuse*. Dans ces cas, on pourrait confondre facilement l'éruption papuleuse avec la syphilide squameuse proprement dite, si l'on ne faisait attention que dans la première les squames sont plus fines, les plaques moins grandes et que l'état squameux a été précédé par une période papuleuse.

La syphilide papuleuse lenticulaire a pour siège de prédilection la partie postérieure du cou ; mais on la rencontre fréquemment aussi sur le front, sur la poitrine, sur le dos, sur le tronc et sur les membres, principalement aux bras et aux cuisses.

Comme toutes les syphilides, l'éruption papuleuse ne présente ni douleur, ni démangeaison ; nous noterons cependant que quelques malades peuvent éprouver un léger prurit le soir, au début de la maladie. Elle coïncide avec les accidents secondaires de la syphilis, tels que l'engorgement des ganglions post-cervicaux, les plaques muqueuses, etc., et dans quelques cas, en même temps que l'éruption papuleuse, on peut constater encore l'existence du phénomène primitif.

La marche de la syphilide papuleuse lenticulaire est assez lente, et sa durée est habituellement de trois à huit semaines. Souvent l'éruption se fait par poussées successives, et alors la maladie peut persister pendant plusieurs mois. C'est dans ces cas que l'on peut voir chez la même personne les papules à différents degrés d'évolution ; on constate alors des papules roses qui viennent d'apparaître, d'autres plus ou moins brunes qui existent depuis plusieurs semaines, et dont quelques-unes plus anciennes disparaissent déjà.

L'éruption se termine par résolution ; la saillie dispa-

raît peu à peu, la papule se trouve de niveau avec la peau, et en même temps la desquamation s'établit; la coloration brune terminale persiste encore un certain temps, puis elle s'efface peu à peu, en passant par une teinte grise pour arriver à une macule blanche qui disparaît elle-même sans laisser de cicatrice.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilide papuleuse lenticulaire est très facile : la saillie, la forme lenticulaire des papules, leur couleur cuivrée et brune à la fin, l'absence de démangeaisons, sont des caractères qui permettent de distinguer facilement cette éruption des autres syphilides et de toutes les maladies cutanées.

Parmi les affections de la peau qui peuvent ressembler à la syphilide papuleuse et qui pourraient être confondues avec elle, nous trouvons : le lichen, qui se distinguera par l'existence de papules petites, agminées, réunies en plaques, par l'absence de la coloration spécifique spéciale, par la démangeaison vive qui l'accompagne, et par l'absence des phénomènes concomitants de la syphilis; le prurigo, maladie ordinairement due à des parasites, caractérisée par de petites saillies recouvertes d'une croûte noire, et par une démangeaison très vive; l'érythème papuleux, qui présente une coloration plus diffuse et plus étendue, des saillies plus larges et plus considérables et moins régulièrement arrondies; enfin l'acné indurata, dans laquelle l'éruption souvent pustuleuse est constituée par des saillies acuminées, et reste fixée à la partie supérieure du corps. Dans sa période de décroissance, la syphilide papuleuse lenticulaire pourrait être confondue avec le purpura, au moment où il est constitué par des taches rouillées; mais on aura pour éclairer le diagnostic la marche de la maladie; en effet, dans le purpura, les taches n'ont jamais disparu sous le doigt, elles n'ont jamais fait saillie, et elles sont souvent accompagnées par de petits points rouges carac-

téristiques ou par des taches, lesquelles, étant à une période moins avancée, se présentent sous la forme d'ecchymoses; l'absence des phénomènes concomitants habituels de la syphilis serait encore précieuse dans les cas douteux.

Pronostic. — La syphilide papuleuse lenticulaire est une forme peu grave, qui cède ordinairement au traitement dans un temps assez court.

b. Syphilide papuleuse plate et syphilide en plaques.

La syphilide papuleuse plate survient à la même époque que la syphilide papuleuse lenticulaire, avec laquelle elle coïncide souvent. Elle présente des papules moins saillantes, mais plus larges; leur dimension peut égaler celle d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes. La coloration de ces plaques, d'abord rose, devient plus foncée, pour arriver à la couleur brune spécifique. Elles sont ordinairement en petit nombre; on les rencontre surtout sur le front, mais on en voit aussi sur le dos, sur les épaules et sur la poitrine.

La durée de la syphilide en plaques est de quatre à huit semaines. La maladie se termine habituellement par desquamation; la saillie se recouvre d'une plaque épidermique d'abord adhérente, qui se détache ensuite; et en même temps, on voit peu à peu la saillie s'effacer, la teinte brune diminuer d'intensité pour faire place à une macule grise, qui ne laisse plus tard ni trace ni cicatrice.

A la syphilide papuleuse plate j'ai cru devoir rapporter la variété de syphilide que Bazin a désignée sous le nom de plaques muqueuses de la peau. Comme cette variété se rapproche plus de la syphilide papuleuse que des

plaques muqueuses, j'ai de la peine à admettre le nom donné par Bazin, et je considère cette éruption comme une simple variété de la syphilide papuleuse. Comme cette dernière affection, à laquelle elle est souvent associée, c'est une éruption précoce, appartenant au début de la seconde période de la syphilis, et siégeant principalement sur le front, à la nuque, sur les épaules et sur la poitrine. Elle est caractérisée par des plaques rouges, légèrement saillantes, rondes ou ovales, de la grandeur d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes; ces plaques se recouvrent promptement d'une squame jaunâtre, superficielle, mince, un peu analogue à une croûte, et quelquefois légèrement soulevée par un peu de sérosité puriforme; souvent plus en dehors, on distingue une auréole d'un rouge foncé. Au bout d'un certain temps, les squames se détachent, tombent, les bords s'affaissent, la coloration de la plaque pâlit et la guérison arrive sans laisser de cicatrice.

Comme on le voit par cette description succincte, ces plaques diffèrent totalement des plaques muqueuses qu'on peut retrouver à la peau dans toutes les régions, et qui présentent pour caractères principaux : la mollesse, l'humidité, l'état fongueux et une odeur fétide caractéristique.

Je rangerai encore dans la syphilide papuleuse la syphilide cornée, qui appartient à la même période d'évolution de la syphilis. Elle siège à la paume des mains et à la plante des pieds, et elle est caractérisée par de petites taches arrondies, jaunâtres, légèrement saillantes, lesquelles deviennent, au bout de huit ou dix jours, dures comme de la corne, d'où le nom de syphilide cornée; après un certain temps, cette surface dure, saillante, se détache et laisse au-dessous d'elle une tache violacée qui s'efface peu à peu.

Si l'on réfléchit que cette forme coïncide avec la syphilide papuleuse, et qu'elle ne se développe que dans des régions spéciales, à la paume des mains et à la plante des pieds, on arrive à cette conclusion qu'elle ne constitue pas une variété particulière rapprochée des formes squameuses, mais qu'on doit la considérer comme une syphilide papuleuse, et que son aspect spécial n'est dû qu'à l'épaisseur de l'épiderme des parties où elle se développe.

La syphilide cornée a des caractères si tranchés, qu'il suffit de l'avoir vue une seule fois pour toujours la distinguer des autres maladies cutanées. Dans le psoriasis palmaria et plantaria, l'éruption est plus confluente, elle se présente sous la forme de cercles entourés d'un liséré rouge brun, les squames sont plus inégales et elles occupent un espace plus considérable.

3° Syphilide pustuleuse superficielle.

Je me propose de décrire sous ce nom une éruption qui survient fréquemment au début de la syphilis, et qui se caractérise principalement par des croûtes peu épaisses, siégeant plus spécialement au cuir chevelu; cette éruption n'est ni un impétigo, ni un ecthyma, quoiqu'on ait l'habitude de la désigner sous l'une ou l'autre de ces dénominations.

La syphilide pustuleuse superficielle arrive rarement seule, elle existe en même temps qu'une syphilide exanthématique ou une syphilide papuleuse. Elle apparaît à la même époque que ces syphilides précoces qu'elle précède même quelquefois, et elle ne détermine ordinairement aucun phénomène subjectif. Elle est caractérisée par de petites pustules superficielles, ne présentant pas une base indurée, comme dans la syphilide pustuleuse acnéiforme. Ces petites pustules ont une durée très éphé-

mère, le plus souvent on ne peut constater leur existence, et l'on ne voit qu'une petite croûte inégale, brune, non caractéristique, ressemblant à la croûte d'une pustule d'impétigo simple. Il n'est pas rare de voir plusieurs éruptions se succéder, chacune ayant d'ailleurs une durée assez courte.

On peut rencontrer la syphilide pustuleuse superficielle sur toutes les parties du corps; mais elle occupe particulièrement le cuir chevelu. Dans ce dernier siège, elle donne naissance à ces croûtes disséminées dans la tête, qui la font ressembler à l'impétigo granulata. Elle produit rarement l'alopécie; quelques cheveux peuvent être entraînés par les croûtes, mais l'alopécie arrive ordinairement un peu plus tard, et elle appartient à la syphilis elle-même. En même temps que cette syphilide pustuleuse superficielle du cuir chevelu, on constate ordinairement l'engorgement des ganglions post-cervicaux, et de là est venue l'opinion de quelques auteurs qui admettent que cet engorgement est consécutif à cette éruption. Nous avons déjà dit plus haut que c'était une erreur, car on voit l'engorgement ganglionnaire exister souvent sans cette syphilide, ou apparaître avant qu'elle se développe.

Diagnostic. — La syphilide pustuleuse superficielle ressemble assez à l'impétigo; toutefois on la distinguera de l'impétigo dartreux ordinaire en ce que, dans cette dernière affection, la sécrétion est purulente et plus abondante, en ce que les croûtes sont plus épaisses, moins disséminées et occupent un espace plus étendu. Quant à l'impétigo granulata, il est suffisamment caractérisé par la présence des poux et des lentes, et par l'engorgement des ganglions, lesquels, au lieu d'être indolents, sont douloureux et véritablement enflammés.

4° Syphilide varioliforme.

La syphilide varioliforme, quoique la plus fréquente des syphilides vésiculeuses, est encore une éruption assez rare. Elle se montre du quatrième au sixième mois après l'accident primitif. Son apparition est ordinairement annoncée par du malaise, de l'inappétence, de la courbature et de la fièvre ; et, comme il y a souvent en même temps de l'angine syphilitique, on peut croire, au premier abord, au début d'une fièvre éruptive.

Cette éruption est caractérisée par des taches rouges formant une légère saillie de la grosseur d'un petit pois ; sur chaque tache se développent de une à trois vésicules, acuminées, globuleuses ou ombiliquées. Ces vésicules, entourées à leur base de la tache rouge qui plus tard devient brune, sont remplies d'une sérosité transparente qui se trouble rapidement, se dessèche et se transforme en une croûte assez épaisse, adhérente, présentant la coloration brune syphilitique. Au bout de huit à dix jours, la saillie s'affaisse, et, vers le quinzième jour, la croûte tombe, et laisse à sa place une tache brune qui pâlit peu à peu, en laissant ensuite une petite macule plus ou moins longue à disparaître. Cette éruption peut se développer en divers endroits ; les taches sont ordinairement disséminées en plusieurs régions, à la face, au tronc, aux membres ; elles sont rarement confluentes ; le plus souvent il n'y en a qu'un petit nombre.

La marche de l'éruption est assez rapide, mais la maladie peut durer plus de deux mois, à cause des poussées successives. Ces poussées permettent de voir sur le même malade l'éruption à différents degrés d'évolution, d'observer en même temps des taches, des vésicules, des croûtes et des macules. Cette éruption peut exister seule ou coïncider avec une autre syphilide précoce.

Diagnostic. — La marche, l'évolution régulière de l'éruption distinguent facilement la syphilis varioliforme des autres syphilides. Mais, au début, il serait facile de la confondre avec une varioloïde simple; en effet, dans les deux maladies, on observe les mêmes prodromes, et l'éruption débute de la même manière; mais la lenteur de l'éruption, la coloration de l'auréole, et la coexistence d'autres accidents syphilitiques viennent promptement éclairer le diagnostic.

Pronostic. — La syphilide varioliforme est d'un pronostic peu grave et elle disparaît assez facilement au bout d'un certain temps.

5° Syphilide végétante.

Sous le nom de *syphilide végétante*, je crois devoir comprendre toutes les éruptions qui se développent sur la peau et sur les muqueuses, en présentant un aspect de verrues ou de végétations. On peut les ranger sous trois formes : *a*. la syphilide granuleuse; *b*. les excroissances, et *c*. les plaques muqueuses.

a. Syphilide granuleuse.

La syphilide granuleuse est une variété assez rare qui se montre surtout dans le sillon naso-labial, autour des lèvres et au menton; on la rencontre plus souvent chez les hommes. Elle est caractérisée par de petites saillies inégales, verruqueuses, du volume d'une tête d'épingle, rarement plus grosses, mais souvent agminées les unes à côté des autres, de manière à former une traînée oblongue. Leur coloration est d'un gris terne, quelquefois elle offre la teinte cuivrée caractéristique; il n'est pas rare de voir ces petites saillies disposées en cercles ou

en segments de cercle, et l'aire qu'elles circonscrivent est d'une teinte grise plombée.

Au bout d'un certain temps, ces saillies s'affaissent ou se détachent, et il ne reste plus à l'endroit qu'elles occupaient qu'une tache brune qui devient grise et qui persiste encore pendant quelque temps, pour disparaître ensuite sans laisser de cicatrice. Cette syphilide apparaît de deux à huit mois après l'accident primitif, et sa durée est de deux à quatre semaines.

La syphilide granuleuse se rencontre rarement seule; on constate ordinairement en même temps qu'elle l'existence d'une autre syphilide et des phénomènes concomitants du côté des muqueuses et des ganglions. Les caractères de cette syphilide sont tellement tranchés, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre éruption cutanée; la rapidité de son développement et de son évolution la distingue suffisamment des verrues, avec lesquelles elle présente quelque ressemblance.

b. Excroissances.

J'ai réuni sous ce nom toutes les végétations auxquelles on a donné les noms de verrues, crêtes de coq, condylomes, choux-fleurs, etc.; mais je dois dire tout d'abord que, tout en les décrivant ici pour être complet, je ne les considère pas comme des symptômes essentiellement syphilitiques; en effet, on peut les rencontrer chez des individus n'ayant jamais eu la syphilis, quelquefois même chez des personnes qui ne sont atteintes d'aucune maladie vénérienne; c'est ce qui arrive quelquefois pour des femmes enceintes, chez lesquelles on rencontre aux parties génitales externes et à l'anus des végétations dues simplement à la turgescence sanguine plus grande de l'utérus et des parties environnantes, laquelle existe

pendant la grossesse, et est tout à fait indépendante de toute maladie spécifique.

Les excroissances apparaissent très souvent à la surface des ulcérations; ainsi, à la surface d'un chancre mou ou induré, sur une petite ulcération d'herpès, ou à la surface d'une plaque muqueuse que l'on a appelée dans ce cas plaque muqueuse végétante.

Les excroissances présentent des caractères variés tantôt elles sont dures, rugueuses, chagrinées, d'un gris terne, et alors elles sont indolentes, sessiles et sèches avec apparence de verrues; tantôt elles forment des tumeurs fongueuses, vasculaires, rosées, douloureuses, assez bien pédiculées; elles sont mollasses, saignent facilement et sécrètent une sorte de sérosité d'une odeur fétide. Quelques-unes acquièrent un volume assez considérable, celui d'une noix, d'une poire suspendue par un pédicule beaucoup plus mince que l'extrémité libre. Elles ont alors une apparence polypeuse; par leur volume et par leur poids elles peuvent constituer une maladie très gênante.

Le siège ordinaire des végétations est l'anus, les grandes et les petites lèvres, le prépuce, le gland; on en rencontre encore vers la fin du rectum, dans le vagin, près du méat urinaire chez la femme, sur la peau des aines, dans le pli crural. On en observe quelquefois, mais plus rarement, à la surface de la langue.

Le traitement mercuriel n'a aucune influence sur ces excroissances, ce qui peut servir encore à prouver qu'elles ne sont pas nécessairement syphilitiques. Le traitement externe seul est indiqué; il consiste dans l'emploi des astringents, tels que la sabine, le vinaigre, etc., ou des caustiques, tels que l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique, le nitrate d'argent, ou enfin dans l'excision combinée avec la cautérisation. Je

me suis souvent bien trouvé de l'application réitérée de l'acide acétique anhydre.

c. Plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses, désignées encore sous les noms de pustules plates, de tubercules muqueux, de syphilide papuleuse humide, etc., ont été décrites par Cazenave comme une des variétés de la syphilide tuberculeuse. On ne saurait trop attaquer cette opinion, car dans les plaques il n'y a pas de tubercules, et d'autre part la syphilide tuberculeuse est une manifestation tardive, tandis que la plaque muqueuse est un accident précoce, qui survient quelquefois si promptement, que quelques auteurs, et Cazenave lui-même, l'ont considéré comme un accident primitif. Cette dernière proposition est également erronée, la plaque muqueuse n'est pas un accident primitif, elle ne se montre jamais dans les quinze jours qui suivent le coït infectant; ce qui a pu faire croire que la plaque muqueuse était dans quelques cas un accident primitif, c'est la transformation *in situ* d'un chancre en plaque muqueuse, transformation que l'on observe surtout chez la femme, et qui quelquefois se produit assez rapidement.

Les plaques muqueuses peuvent se développer de deux façons : ou par la transformation d'un chancre en plaque muqueuse, ou plus souvent en apparaissant sur une surface saine auparavant; dans ce dernier cas elles coïncident presque toujours avec une autre syphilide.

Lorsque la plaque muqueuse est due à la transformation *in situ* d'un chancre, on voit l'auréole du chancre devenir plus saillante, plus violacée, tandis que le centre est encore granuleux et ulcéré; puis peu à peu la cicatrisation s'opère, une pellicule mince couvre la partie ulcérée, et au bout de quelques jours il existe une saillie

molle, humide, d'apparence muqueuse, laquelle remplace la solution de continuité.

Lorsque la plaque muqueuse se développe spontanément, son début est caractérisé par une petite élevure molle et rosée, qui s'agrandit et ne tarde pas à présenter tous les caractères extérieurs d'une membrane muqueuse.

Quel que soit son mode de développement, la plaque muqueuse est caractérisée par une saillie, ordinairement arrondie, quelquefois elliptique ou irrégulière, d'une consistance molle ; sa surface, plane ou convexe, est lisse et recouverte d'une pellicule fine, qui lui donne l'apparence d'une muqueuse et qui lui a fait donner son nom. Lorsque la pellicule manque, la surface est légèrement ulcérée et granulée. Les bords sont ordinairement saillants et bien prononcés ; quelquefois ils se fondent insensiblement avec la peau, et parfois ils se renversent en dehors. La coloration des plaques muqueuses est rosée comme celle des muqueuses, elle peut être d'un rouge vif ou au contraire grisâtre et recouverte d'un enduit pultacé sécrété par la plaque elle-même.

Les plaques muqueuses donnent lieu au suintement d'un liquide muciforme et plastique, d'une odeur fétide caractéristique. Dans certains cas ce liquide se concrète en croûtes jaunâtres assez épaisses ; c'est au contact de ce liquide sur la peau adjacente qu'il faut rapporter les démangeaisons insupportables qui accompagnent habituellement cette manifestation syphilitique.

Les plaques muqueuses peuvent être discrètes et isolées ; quelquefois elles sont confluentes, et en se réunissant elles forment une large surface sécrétant en abondance le liquide fétide dont nous venons de parler.

L'ulcération est rare sur les plaques muqueuses, excepté pour celles qui occupent les orteils ; lorsque cette ulcération existe, ou bien elle est superficielle et présente

une petite surface rouge, qui se guérit facilement sans laisser de cicatrice, ou bien elle est profonde et elle se recouvre d'une pseudo-membrane grisâtre; la sécrétion est abondante et très fétide, elle est accompagnée de cuissons violentes, et elle guérit lentement en laissant quelquefois une cicatrice.

Les plaques muqueuses sont plus fréquentes chez les femmes, chez les enfants et chez les individus à tempérament lymphatique. Les régions où on les rencontre le plus souvent sont : la vulve, surtout à la face interne et externe des grandes lèvres, l'anus, le scrotum, le pénis, les lèvres, les amygdales, le pharynx, la langue; on en constate encore la présence aux aisselles, à l'ombilic, aux orteils, autour des ongles, etc. On voit que les plaques muqueuses siègent sur les muqueuses qui recouvrent les orifices extérieurs et sur les parties de la peau qui sont dans un état habituel de chaleur et d'humidité, ou encore dans les endroits où les muqueuses et la peau adossées sont dans un état ordinaire de frottement. Les sécrétions âcres, l'humidité de certaines régions, le défaut de soins de propreté sont encore des conditions favorables pour le développement de cette production végétante. Ajoutons cependant que les plaques muqueuses peuvent se développer partout et même en dehors des conditions de frottement et d'humidité que je viens d'indiquer. On en a rencontré au front, au cuir chevelu, au tronc, et elles se présentent alors avec des caractères extérieurs qui ne permettent pas de les méconnaître, et qui sont absolument semblables à ceux des plaques muqueuses des parties génitales.

Abandonnées à elles-mêmes, les plaques muqueuses disparaissent spontanément après un temps assez long, après plusieurs mois; sous l'influence du traitement local et général elles disparaissent souvent très rapidement. Lorsque la plaque est ulcérée, la guérison se fait

attendre plus longtemps, surtout si l'ulcération occupe l'anus ou les orteils.

Lorsque l'amélioration survient, la plaque muqueuse s'affaisse, sa surface se sèche, le suintement et le prurit disparaissent, la pellicule qui la recouvre devient plus ferme; une espèce d'exfoliation a lieu et il ne reste plus qu'une macule violacée qui disparaît ensuite sans cicatrice. Dans certains cas, les plaques muqueuses ont une grande ténacité et offrent une résistance fâcheuse aux moyens de traitement; elles sont souvent alors entretenues par une cause locale, telle que la malpropreté, l'usage du tabac chez les fumeurs, qui ne voient souvent guérir leurs plaques muqueuses de la langue et de la gorge qu'à la condition de renoncer à fumer. Les plaques muqueuses peuvent se compliquer d'abcès, surtout lorsqu'elles siègent aux grandes lèvres; elles s'accompagnent rarement d'adénites. Dans d'autres cas les bords de la plaque se renversent, la plaque devient plus saillante et forme un condylome; la surface peut présenter alors un bourgeonnement très prononcé, comme dans la plaque muqueuse végétante, ou même se couvrir de véritables végétations.

Si les plaques muqueuses sont une des premières manifestations de la syphilis constitutionnelle, elles récidivent très facilement et pouvent apparaître deux, trois ans après l'accident primitif; aussi elles sont considérées par quelques auteurs comme des accidents syphilitiques n'appartenant spécialement à aucune période. Plus elles sont tardives, plus elles sont rebelles.

Diagnostic. — Le siège des plaques muqueuses, leur aspect, leur suintement et l'odeur caractéristique qu'elles exhalent suffisent pour les faire reconnaître. Lorsqu'elles sont ulcérées, on peut les prendre pour un chancre; toutefois, on reconnaîtra le chancre, à sa surface concave, à ses bords nettement découpés, à son fond grisâtre

et à l'engorgement ganglionnaire qui l'accompagne. Un chancre se transformant en plaque muqueuse présente une circonférence lisse, saillante, violacée, tandis que le centre est encore rouge et ulcéré. L'eczéma siégeant dans certains endroits insolites, surtout à l'ombilic, pourrait induire en erreur; mais l'odeur, la saillie des plaques et les phénomènes syphilitiques concomitants feront reconnaître la plaque muqueuse. Sur le gland, on distinguera encore la plaque muqueuse de l'herpès préputial, en ce sens que les ulcérations herpétiques ont été précédées de vésicules; elles ne présentent pas d'ailleurs le bord soulevé de la plaque muqueuse. La syphilide papuleuse peut être prise pour une plaque muqueuse; mais la papule syphilitique est sèche, plus consistante, elle présente la teinte cuivrée et le liséré épidermique si bien signalé par Biett, tandis que la plaque muqueuse offre un bourrelet terminal et des croûtes jaunâtres, transparentes, comme enchâssées dans le bourrelet.

§ 2. — Syphilides intermédiaires.

Les syphilides intermédiaires apparaissent de quatre ou six mois à un ou deux ans après l'accident primitif; elles présentent des caractères qui les rapprochent des syphilides tardives, dont elles semblent véritablement opérer la transition avec les éruptions précoces. Leur apparition n'est en général annoncée par aucun phénomène prodromique; quelquefois cependant elles sont précédées par des douleurs rhumatoïdes siégeant dans le voisinage du point où l'éruption doit se montrer. Il est moins fréquent dans ces variétés de syphilides de rencontrer plusieurs espèces simultanément développées sur le même malade.

L'éruption, au lieu d'être disséminée sur toute la surface cutanée, est ordinairement plus limitée, et les points

de prédilection sont les ailes du nez, le front, la nuque et les épaules. Les lésions élémentaires sont réunies en groupes et le plus souvent elles forment des cercles ou des segments de cercle. La coloration cuivrée caractéristique est habituellement plus marquée encore que dans les syphilides précoces.

La marche des syphilides intermédiaires est lente, et la durée de la maladie est souvent entretenue par des poussées successives. C'est dans ces variétés surtout que l'on constate ces éruptions d'âge différent, qui permettent de voir en même temps sur le même malade une éruption syphilitique à ses différents degrés d'évolution.

Ces syphilides se terminent habituellement par la résolution, et, comme pour tous les accidents syphilitiques, la guérison peut être spontanée. Les ulcérations qui se développent quelquefois consécutivement sont peu profondes, elles sont recouvertes de croûtes verdâtres peu épaisses, et elles ne laissent après elles que de simples maculatures qui disparaissent, ou plus rarement des cicatrices blanches indélébiles, mais superficielles.

Enfin les syphilides intermédiaires arrivent en même temps que les phénomènes de transition de la seconde à la troisième période, c'est-à-dire en même temps que l'iritis syphilitique et le testicule syphilitique.

J'admettrai cinq formes de syphilides intermédiaires : 1° la syphilide pigmentaire; 2° la syphilide vésiculeuse; 3° la syphilide pustuleuse; 4° la syphilide squameuse; et 5° la syphilide tuberculeuse, et j'ajouterai que plusieurs de ces formes présentent des variétés importantes à connaître. Avant d'aborder l'histoire de ces éruptions, je rappellerai que les plaques muqueuses sont souvent observées pendant cette période intermédiaire, soit qu'elles apparaissent pour la première fois, soit qu'elles récidivent.

1° Syphilide pigmentaire.

La syphilide pigmentaire n'avait jamais été bien indiquée, lorsque je l'ai décrite pour la première fois, en 1853. Depuis cette époque, Pillon, interne des hôpitaux, en a fait une étude particulière dans sa thèse inaugurale, et a complété son histoire. Cette syphilide apparaît du quatrième au douzième mois, et, comme elle n'est accompagnée ni de douleur, ni de démangeaison, et comme la coloration des taches est peu marquée, elle passe le plus souvent inaperçue ; ce qui explique qu'on l'ait si longtemps méconnue.

La syphilide pigmentaire est caractérisée par des taches grises entremêlées de taches blanches. La coloration grise est moins foncée que celle des plaques du *pityriasis versicolor*, elle se rapproche de la teinte de café au lait ; ces taches ne font aucune saillie au-dessus de la peau, elles ne présentent aucune desquamation et paraissent situées sous l'épiderme ; leur grandeur varie d'une pièce de cinquante centimes à une pièce d'un franc ; leurs bords sont inégaux, déchiquetés. Quelquefois isolées, ces taches sont le plus souvent réunies en grand nombre dans la même région ; elles se touchent par leurs bords, et recouvrent ainsi une partie de la peau assez considérable, en laissant entre elles des taches blanches qu'elles circonscrivent.

Je considère ces taches comme de véritables éphélides, produites par la matière pigmentaire irrégulièrement déposée dans les régions où l'affection cutanée existe, cette matière étant trop abondante dans les taches grises et présentant une diminution dans les taches blanches. Bazin ne voulait pas regarder ces taches comme de nature syphilitique, par cette raison assez singulière que le mercure n'a pas d'influence sur elles. Mais comme ces

taches n'arrivent jamais que chez des individus atteints de syphilis, et comme elles coïncident avec d'autres accidents bien évidemment syphilitiques, je persiste à penser qu'on ne peut nier leur caractère spécifique et qu'on ne doit pas les distraire du cadre de la syphilis. La plupart des auteurs sont aujourd'hui de mon avis.

La syphilide pigmentaire a pour siège de prédilection le cou; elle peut l'entourer complètement en manière de collier (*Collier de Vénus*), ou rester bornée aux parties latérales; quelquefois elle s'étend sur la poitrine en avant; je l'ai rencontrée quelquefois à la figure, à la lèvre supérieure, au front, aux aisselles, à l'abdomen. Ces taches ne se développent que chez les personnes qui ont, comme on le dit dans le monde, la peau fine et délicate; c'est pour cela qu'on les observe presque exclusivement chez les femmes; je les ai plusieurs fois constatées chez des hommes, mais c'était chez des individus à tempérament lymphatique, dont la peau présentait la blancheur ordinaire aux femmes.

La syphilide pigmentaire a une marche très variable; dans certains cas, elle disparaît au bout d'un ou de deux mois, et dans d'autres elle persiste très longtemps et quelquefois d'une manière indéfinie. Le traitement mercuriel n'a aucune influence sur son développement, ni sur sa guérison; aussi ne doit-on pas le prescrire lorsqu'elle existe seule, sans autre phénomène syphilitique.

Diagnostic. — La syphilide pigmentaire a des caractères tellement tranchés, qu'il suffit de l'avoir vue une fois pour la reconnaître, et pour ne pas la confondre avec une autre affection. Le pityriasis versicolor présente une coloration plus jaune; d'ailleurs, c'est une affection squameuse et non maculeuse, et elle éveille habituellement des démangeaisons. Les éphélides simples offrent une plus grande ressemblance avec la syphilide pigmentaire,

mais elles existent rarement au cou, et les taches sont plus larges, plus accentuées; dans le doute, d'ailleurs, l'étude des phénomènes concomitants devrait éclairer le diagnostic.

2° Syphilide vésiculeuse.

La syphilide vésiculeuse est une forme rare. Elle comprend trois variétés différentes : la syphilide vésiculeuse varioliforme, la syphilide vésiculeuse eczémateuse et la syphilide vésiculeuse herpétiforme. La première variété, la syphilide varioliforme, arrivant souvent dans les six premiers mois qui suivent l'accident primitif, a été décrite plus haut avec les syphilides précoces. Bazin ne voulait pas admettre les deux autres variétés, par la raison que l'eczémateuse est pour lui une syphilide papulo-vésiculeuse circonscrite, et que l'herpétiforme n'existe pas, ou que ce qu'on a décrit sous ce nom appartient aux manifestations parasitaires. Cependant, comme l'observation permet de reconnaître des éruptions syphilitiques vésiculeuses disséminées en plusieurs régions, et comme dans d'autres circonstances des éruptions également vésiculeuses se développent en se groupant de manière à former des cercles ayant la forme d'herpès, je crois qu'on doit continuer à admettre des syphilides vésiculeuses, et parmi les éruptions intermédiaires je décrirai la syphilide vésiculeuse eczémateuse et la syphilide vésiculeuse herpétiforme.

a. Syphilide vésiculeuse eczémateuse.

En me servant de ce mot *eczémateuse*, je ne veux pas dire qu'il puisse exister un eczéma syphilitique ; non, l'eczéma est toujours dartreux, mais j'entends qu'il y a une syphilide dont la lésion élémentaire est constituée

par des vésicules, et que cette éruption ressemble par son aspect à l'eczéma.

Cette syphilide est caractérisée par de petites vésicules disposées en groupes irréguliers, ou disséminées çà et là. Lorsqu'elles sont isolées, chaque vésicule est entourée d'une auréole cuivrée ; lorsqu'elles sont réunies en groupes, les auréoles se confondent, forment des plaques d'un rouge sombre, couvertes de vésicules assez grosses et assez saillantes. Ces vésicules, qui semblent plus volumineuses et plus résistantes que celles de l'eczéma, ont une marche très lente. Elles peuvent se terminer de plusieurs manières : le liquide qu'elles renferment peut rester transparent et être résorbé ; la vésicule se flétrit, le soulèvement épidermique s'affaisse, et il se produit une légère exfoliation blanchâtre ; l'auréole ou la plaque brune qui existe à la base des vésicules devient de plus en plus foncée, et après sa disparition il n'y a pas de cicatrice. Dans d'autres cas, le liquide se trouble, et les vésicules se rompent ; il se forme alors, sur les plaques rouges, de petites croûtes un peu foncées, plus épaisses que dans l'eczéma, et surtout, chose essentielle pour le diagnostic, ces croûtes restent isolées les unes des autres, et ne se confondent pas pour former une seule plaque croûteuse. Sous ces croûtes, il n'y a pas d'ulcération profonde ; quand elles tombent, il reste une tache brune qui disparaît sans laisser de cicatrice.

Cette syphilide se développe sur les membres et sur le tronc ; elle est très rare à la face.

La marche de cette affection est essentiellement chronique, et sa durée est ordinairement de plusieurs mois, parce qu'elle est entretenue par des poussées successives, qui surviennent à des intervalles irréguliers, et souvent au moment où l'on croit être arrivé à la guérison. Ces poussées permettent d'observer simultanément, chez le même malade, l'éruption à des degrés différents.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la syphilide vésiculeuse eczémateuse qu'avec l'eczéma; mais, dans l'éruption dartreuse, les vésicules sont plus petites, plus confluentes et plus nombreuses; moins résistantes, elles se rompent promptement, le suintement séreux est plus considérable, il y a des démangeaisons, et l'on ne rencontre autour des vésicules ni l'auréole, ni les plaques cuivrées qui caractérisent si bien les affections syphilitiques.

b. Syphilide vésiculeuse herpétiforme.

La syphilide vésiculeuse herpétiforme est caractérisée par des vésicules globuleuses du volume d'un grain de millet à une groseille, à base cuivrée, disposées de deux façons: ou bien les vésicules sont placées en groupes irréguliers, ou bien elles sont rangées les unes à côté des autres, de manière à former des cercles ou des anneaux concentriques, comme dans l'herpès circiné. Ces vésicules, plus résistantes que celles de l'herpès, ne se rompent que vers le huitième jour, et sont remplacées par des croûtes ou par des squames très fines. Lorsqu'elles sont tombées, il reste pendant quelque temps des taches à coloration spécifique, qui circonscrivent les espaces occupés primitivement par les vésicules. Ces taches disparaissent plus tard sans cicatrices.

Cette syphilide est aussi très chronique, et sa durée est entretenue par des poussées successives, qui permettent de voir en même temps la maladie à différents degrés d'évolution, et qui donnent à la région sur laquelle elle se développe un aspect zébré tout particulier.

Diagnostic. — L'absence de démangeaison, la coloration spécifique des taches ou des auréoles, la lenteur de la marche sont des caractères qui distinguent cette syphilide. Les cercles, une fois formés, n'ont pas la marche

centrifuge des anneaux de l'herpès circiné, lequel, du reste, ne présente pas la coloration brune caractéristique des éruptions syphilitiques.

3° Syphilide pustuleuse.

Les éruptions syphilitiques qui présentent une pustule comme lésion élémentaire sont très variées : les unes, comme la syphilide pustuleuse superficielle, appartiennent à la première période et ont été décrites plus haut ; d'autres, comme la syphilide pustulo-crustacée, n'arrivent qu'avec les accidents tertiaires. Celles qui se développent de six mois à deux ans après l'accident primitif, et que j'ai cru devoir faire rentrer dans les syphilides intermédiaires, sont au nombre de deux : *a*. la syphilide pustuleuse acniforme ; *b*. la syphilide ecthymateuse superficielle.

a. Syphilide pustuleuse acniforme.

Cette syphilide présente un aspect qui la fait ressembler à l'acné inflammatoire ; les pustules qui la constituent sont de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis ; elles sont discrètes, isolées, peu saillantes ; elles reposent sur une base d'un rouge assez vif d'abord, qui brunit peu à peu et qui n'est jamais atteinte par la suppuration. Autour de chaque pustule, on voit une auréole d'un rouge brun très marqué. Le développement de chaque pustule est assez lent, et ce n'est souvent qu'au bout de quinze jours ou trois semaines que la pustule se rompt, et que le liquide purulent se concrète en une petite croûte sèche, d'une couleur brune ou jaunâtre. La croûte, qui ne tombe que lentement, laisse à découvert la base de la pustule, qui se présente alors en forme de papule, au milieu de laquelle se voit souvent une légère

dépression. La saillie papuleuse disparaît peu à peu, et il reste à sa place, pendant longtemps, une tache d'une couleur caractéristique, qui disparaît plus tard sans cicatrice. Dans certains cas, il y a une légère ulcération superficielle qui est suivie d'une cicatricule blanche, arrondie, bien différente de la cicatrice allongée et plissée qui succède à l'acné ordinaire. Comme dans les autres éruptions syphilitiques, il n'y a ni douleur, ni cuisson, ni démangeaison.

La durée de l'éruption est de sept à huit semaines; mais elle peut se prolonger plus longtemps par des poussées qui se succèdent tantôt d'une manière continue, tantôt à des intervalles assez éloignés.

L'acné syphilitique peut se développer sur toutes les parties du corps, mais elle occupe surtout le cuir chevelu, le tronc, le visage et les membres, plus particulièrement les membres inférieurs.

Diagnostic. — On pourrait confondre facilement cette syphilide pustuleuse avec l'acné simple et indurée des épaules et du tronc, si l'on ne faisait attention que dans l'acné les pustules sont plus grosses et d'un rouge plus vif, qu'elles n'ont pas d'auréole cuivrée, et qu'elles occupent surtout les épaules et la face, tandis qu'elles ne se développent pas sur les membres inférieurs; les cicatrices de l'acné indurée sont plus profondes et plus apparentes.

b. Syphilide ecthymateuse ou phlyzaciée.

La syphilide ecthymateuse, que l'on a encore appelée ecthyma syphilitique, est plus grave et plus fréquente que la forme précédente. Elle arrive plusieurs mois après l'accident primitif, et souvent ne se développe qu'un an et deux ans plus tard. Dans quelques cas, l'éruption est précédée de quelques symptômes généraux : malaise,

céphalée, fièvre ; et comme les pustules ressemblent à celle de la variole, on a pu quelquefois lui donner le nom de variole syphilitique.

L'ecthyma syphilitique est caractérisé par des taches rouges sur lesquelles se développent des pustules tantôt pleines, tantôt ombiliquées comme celles de la variole. Ces pustules sont assez larges, elles ont les dimensions d'un pois, d'une pièce de vingt centimes, et quelquefois celles d'une pièce de cinquante centimes et même d'un franc. Elles sont arrondies, isolées ou disposées par groupes de manière à se réunir et à se confondre plusieurs ensemble ; elles renferment un pus épais, jaunâtre ; souvent le liquide est composé de pus et de sang mélangés. La base de la pustule n'est pas indurée comme dans la variété précédente, mais elle est entourée d'une auréole d'un rouge sombre. La rupture des pustules, en amenant au dehors l'épanchement du liquide, donne naissance à des croûtes rugueuses, inégales, d'un brun verdâtre, plus larges que la pustule elle-même. Si l'on fait tomber ces croûtes, on trouve au-dessous une ulcération superficielle, un peu fongueuse, entourée de l'auréole brune que nous venons d'indiquer. Lorsque ces croûtes se détachent d'elles-mêmes, après que les ulcérations sont sèches, elles laissent à nu des taches violacées qui mettent plusieurs mois à disparaître, et qui laissent des cicatrices superficielles, souvent indélébiles.

Ordinairement il existe plusieurs pustules en même temps, et l'on en voit quelquefois jusqu'à vingt ou trente disséminées sur le tronc ou sur les membres inférieurs. L'ecthyma syphilitique siège souvent sur le cuir chevelu, et alors il s'accompagne d'alopécie ; les pustules donnent naissance à des croûtes brunes, arrondies, qui entraînent les cheveux dans leur chute.

L'ecthyma syphilitique dure souvent longtemps ; il est entretenu par des poussées successives ; il est surtout

fréquent chez les individus anémiés, mal nourris et qui ont les premiers signes de la cachexie syphilitique. Aussi n'est-il pas rare de le voir associé à des phénomènes généraux graves du côté du tube digestif et du côté de la nutrition ; chez quelques malades, particulièrement chez les individus débilités par une cause quelconque, l'ecthyma syphilitique peut paraître assez vite après le phénomène primitif, deux à quatre mois par exemple : il est alors l'indice d'une syphilis grave, de la variété de syphilis désignée sous le nom de maligne.

Diagnostic. — Lorsque l'apparition de l'ecthyma syphilitique a été accompagnée de phénomènes généraux, lorsque les pustules sont ombiliquées, il peut être confondu avec une variole discrète. J'ai vu commettre cette erreur, qu'on éviterait en faisant attention à la spécialité des symptômes généraux de la variole ; elle serait d'ailleurs bientôt dissipée par la marche de la maladie. Quant à l'ecthyma cachectique, il ressemble peu aux pustules syphilitiques, il n'arrive que chez les enfants ou chez les vieillards, il siège presque exclusivement aux membres inférieurs, les pustules sont plus grosses, et on n'observe pas les phénomènes concomitants de la syphilis. L'ecthyma de la gale occupe surtout les mains, les pieds et les fesses, il est accompagné de violentes démangeaisons, il n'a pas l'auréole brune, et il coïncide avec des sillons, particulièrement aux mains.

4° Syphilide squameuse.

Bazin n'admettait pas la syphilide squameuse comme forme spéciale ; il pensait que les squames sont toujours consécutives à d'autres lésions, et qu'elles ne sont jamais primitives. En effet, les squames apparaissent souvent à la dernière période d'évolution des papules ou des tubercules ; mais, d'autres fois, ces squames ne sont précé-

dées par aucune autre lésion élémentaire, et elles se montrent réellement dès le début de l'éruption ; alors on est bien obligé de les admettre comme une forme primitive d'éruption syphilitique, c'est ce que je ferai en m'appuyant sur des observations positives. J'admets trois variétés de syphilides squameuses : *a*. la syphilide squameuse en gouttes ; *b*. la syphilide squameuse circinée ; *c*. la syphilide squameuse palmaire et plantaire.

a. Syphilide squameuse en gouttes.

La syphilide squameuse en gouttes, désignée encore par certains auteurs sous le nom de psoriasis syphilitique, est caractérisée par des taches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de trois millimètres à un centimètre. Ces taches, qui présentent la coloration syphilitique, sont recouvertes en partie par des squames très fines, blanches et non imbriquées. Au bout de quelques semaines, la saillie diminue, les squames tombent, et il reste une tache arrondie plus ou moins régulière, présentant une coloration cuivrée très manifeste. Dans quelques cas, avant que la guérison s'établisse, il y a plusieurs desquamations successives, dont les squames sont de plus en plus fines. La tache cuivrée disparaît elle-même peu à peu et ne laisse pas de cicatrice.

Le psoriasis syphilitique apparaît de six mois à deux ans après l'accident primitif, et il est rarement mêlé avec d'autres syphilides intermédiaires. Lorsqu'une éruption syphilitique squameuse apparaît à une période plus précoce, on doit penser qu'elle n'est pas primitive, mais que les squames ont succédé à une éruption papuleuse.

Le siège le plus fréquent de cette syphilide est au tronc et sur les membres, surtout sur les membres supérieurs.

Diagnostic. — La première chose à indiquer, c'est la différence entre la syphilide squameuse et le psoriasis

dartreux; on distingue ces deux affections, qui se ressemblent beaucoup au premier abord, aux caractères suivants : dans le psoriasis commun, les squames sont épaisses, imbriquées; lorsqu'on enlève les plus superficielles, on en trouve d'autres au-dessous, et l'on arrive difficilement jusqu'à la tache rouge qui les supporte; l'absence de démangeaisons n'éclaire que peu le diagnostic, car, si ce symptôme ne se montre pas dans la syphilide squameuse, il manque souvent dans le psoriasis dartreux. Mais on consultera avec soin le siège de l'éruption, on constatera le psoriasis principalement aux coudes et aux genoux, tandis que la syphilide squameuse est dispersée partout; elle se trouve quelquefois associée à d'autres accidents syphilitiques, soit de la peau, soit des muqueuses; et alors, dans les cas douteux, le diagnostic ne peut être sûrement établi qu'à l'aide des phénomènes concomitants, qui accompagnent ou qui ont précédé le psoriasis syphilitique.

b. Syphilide squameuse circinée.

Cette forme de syphilide squameuse est plus fréquente que la première, et elle est surtout caractérisée par la disposition circulaire. Elle se présente sous la forme de taches d'un rouge brun, peu saillantes, formant des cercles ou des segments de cercle dont le centre est habituellement sain. Sur ces taches, de la grandeur d'une pièce d'un ou de deux francs, on voit des squames blanches, fines, non imbriquées. Puis la saillie s'efface peu à peu, les squames tombent, et il reste une tache cuivrée qui disparaît plus tard.

Cette syphilide siège le plus souvent à la figure et au cou; elle est surtout fréquente autour des lèvres et au menton; elle occupe rarement les membres, et dans ce cas on la rencontre aux plis du bras et aux jarrets, et non

en dehors comme dans la lèpre vulgaire. Dans certains cas, les taches sont plus saillantes, plus larges, les squames sont plus épaisses et la durée est plus longue; alors l'éruption est plus tardive; elle arrive une ou plusieurs années après l'accident primitif. Au contraire, les plaques, peu saillantes et peu étendues, se montrent plus tôt, quelquefois elles apparaissent avec les éruptions précoces.

La syphilide squameuse circinée superficielle a une marche assez rapide, et sa durée n'est que de quelques semaines. La variété tardive à squames épaisses présente une marche plus lente et elle peut persister plusieurs mois.

Diagnostic. — La disposition circulaire des taches, les squames fines et non imbriquées sur une surface cuivrée, sont les principaux caractères de cette variété de syphilide squameuse. Le psoriasis s'en distingue par ses squames plus épaisses et imbriquées, par son siège et par l'absence des phénomènes syphilitiques concomitants. L'herpès circiné lui ressemble beaucoup, mais il se reconnaît par sa marche centrifuge et par l'absence d'autres accidents syphilitiques; dans quelques cas, le diagnostic est véritablement incertain, alors il faut savoir attendre avant de se prononcer, et suivre la marche de l'éruption qui s'étendra circulairement dans la maladie parasitaire et qui restera stationnaire dans la syphilis.

c. Syphilide palmaire et plantaire.

Dans certains cas, assez fréquents, la syphilide squameuse prend un aspect particulier dû au siège qu'elle occupe, à la paume des mains et à la plante des pieds. Cette forme est caractérisée par des taches un peu saillantes, arrondies, d'une couleur franchement cuivrée, recouvertes de squames dures, grisâtres; tantôt ces taches

sont isolées; tantôt elles sont confluentes et forment alors une plaque, qui s'étend quelquefois à la main jusqu'au poignet, et qui remonte aux pieds jusqu'aux malléoles. Par suite des mouvements des parties atteintes, cette plaque se fendille et forme des gerçures, des rhagades souvent très douloureuses. Aux limites des squames ou des plaques, on trouve un liséré rouge brun caractéristique, qui paraît sous la forme de segments de cercle.

Lorsque l'éruption a envahi toute la paume des mains et toute la plante des pieds, elle a une marche assez lente, sa durée est de plusieurs mois; elle se prolonge même quelquefois pendant plusieurs années, et alors le traitement spécifique général a peu d'influence pour sa guérison. C'est aux moyens locaux, aux pommades au goudron, aux lotions ou aux onctions mercurielles qu'il faut s'adresser pour faire disparaître cette affection interminable.

Diagnostic. — La syphilide squameuse limitée à la paume des mains et à la plante des pieds offre une très grande ressemblance avec le psoriasis dartreux occupant le même siège, et, le plus souvent, le diagnostic est impossible, s'il n'existe pas en même temps d'autres accidents syphilitiques. Cependant le psoriasis simple présente ordinairement une teinte d'un rouge plus vif, il est le siège de démangeaisons assez vives, il n'est pas formé par la réunion de cercles entourés de l'auréole cuivrée syphilitique, enfin le plus souvent il n'est pas aussi bien limité aux mains et aux pieds, et l'on peut trouver des plaques dans d'autres régions, spécialement aux coudes et aux genoux. Autre circonstance importante, et dont j'ai pu assez fréquemment vérifier l'exactitude, la syphilide squameuse syphilitique n'existe souvent que sur une main ou sur un pied, le psoriasis dartreux est toujours bilatéral.

5° Syphilide tuberculeuse.

On appelle tubercules syphilitiques de la peau, des petites tumeurs indolentes, arrondies, du volume d'un pois et quelquefois d'une noisette, de consistance assez ferme et d'une couleur franchement cuivrée. Ces tubercules peuvent se terminer par résolution ou par ulcération, et dans ce dernier cas il en résulte une plaie plus ou moins profonde. Tantôt ils sont disséminés sur toute la surface du corps, tantôt ils sont groupés dans une ou plusieurs régions. Les différences que présentent ces tubercules dans leur époque d'apparition par rapport à la maladie principale, dans leur marche, dans leur terminaison, les ont fait diviser en deux espèces bien distinctes : la première comprenant la syphilide tuberculeuse disséminée et la syphilide tuberculeuse en groupes, la seconde se rapportant à la syphilide tuberculeuse perforante et à la syphilide tuberculeuse serpigineuse. Comme la première espèce se développe à la fin de la période des accidents secondaires, nous allons en décrire les deux formes avec les syphilides intermédiaires; tandis que la seconde espèce n'apparaissant que très tard, quelquefois dix, quinze, et même trente ans après le phénomène primitif, nous la décrirons plus loin avec les syphilides tardives, en la confondant, sous le nom générique de *syphilide ulcéreuse perforante et serpigineuse*, avec d'autres affections débutant par des lésions élémentaires différentes, des pustules ou des bulles, mais se terminant de même par des ulcérations spéciales; sous le rapport de la clinique et de l'anatomie pathologique, le tubercule appartenant à cette dernière forme est une véritable gomme.

a. Syphilide tuberculeuse disséminée.

La syphilide tuberculeuse disséminée n'est, à proprement parler, qu'une syphilide papuleuse exagérée. Bazin ne fait de ces deux syphilides qu'une seule variété, la syphilide papulo-tuberculeuse. Je conserverai distinctes les deux formes papuleuse et tuberculeuse, parce qu'elles présentent des caractères objectifs différents, et surtout parce que l'époque de leur apparition n'est pas habituellement la même ; en effet, tandis que la syphilide papuleuse est un des phénomènes secondaires les plus précoces, il est rare que la syphilide tuberculeuse disséminée apparaisse avant le quatrième mois ; de plus, cette dernière affection a une marche plus lente, et elle laisse quelquefois après elle des cicatrices superficielles.

La syphilide tuberculeuse disséminée est caractérisée par de petites tumeurs arrondies ou ovalaires, d'une consistance médiocre, du volume d'un pois, luisantes, d'une couleur d'un rouge foncé d'abord, devenant bientôt franchement cuivrée. Ces tubercules sont ordinairement disséminés d'une manière irrégulière ; quelquefois, par leur assemblage, ils forment des cercles ou des segments de cercle. La peau qui se trouve entre les tubercules est un peu terne et flétrie ; lorsque l'éruption est confluente, dans l'intervalle des petites tumeurs, elle présente la même coloration que les tubercules eux-mêmes. Au bout d'un certain temps, les tubercules se recouvrent d'une squame superficielle et blanche qui se détache d'abord par la circonférence ; puis ils s'affaissent peu à peu. Ils ne sont pas susceptibles de s'ulcérer, mais ils disparaissent par résolution, en laissant à leur place une légère dépression, sur laquelle persiste encore longtemps la coloration brun violacé du maigre de jambon. Cette tache s'affaiblit peu à peu, devient grisâtre, et au bout de

plusieurs semaines elle peut disparaître sans laisser de trace; quelquefois elle est suivie d'une cicatrice lisse, superficielle, de la grandeur du tubercule, laquelle n'est pas le résultat d'un travail d'ulcération et de réparation, mais survient seulement par le fait d'une absorption interstitielle dans le tissu même de la peau.

La syphilide tuberculeuse disséminée peut se montrer sur tout le corps; mais on la rencontre principalement sur la figure et au front, sur le tronc et sur les membres supérieurs.

Diagnostic. — On ne peut confondre la syphilide tuberculeuse disséminée avec aucune autre éruption; la saillie des tubercules, leur couleur manifestement cuivrée, l'absence de pustule à leur sommet, les phénomènes syphilitiques qui les accompagnent ou qui les ont précédés, suffiront pour la distinguer de l'acné indurée qui présente, au premier abord, quelques caractères semblables; on doit savoir, d'ailleurs, que l'acné a pour siège d'élection exclusive le visage, le dos ou la poitrine, tandis qu'il est rare que la syphilide tuberculeuse soit aussi bornée.

b. Syphilide tuberculeuse en groupes.

La syphilide tuberculeuse en groupes est une manifestation secondaire tardive; elle arrive un an, deux ans et même plus tard, après l'accident primitif; elle se montre souvent en même temps que l'iritis, que le testicule syphilitique, mais elle peut être encore plus tardive; son apparition est quelquefois précédée par des douleurs rhumatoïdes limitées aux régions sur lesquelles elle doit se développer.

La syphilide tuberculeuse en groupes peut se présenter sous plusieurs aspects : tantôt elle apparaît sous la forme d'un assemblage irrégulier de tubercules globuleux, durs,

luisants et d'un rouge cuivré intense; ils font peu de saillie au-dessus de la peau, mais leur base semble en occuper toute l'épaisseur; d'autres fois, et c'est le plus souvent, ils sont groupés d'une manière régulière, et figurent, par leur rapprochement, des cercles ou des segments de cercle. Ces tubercules, durs et solides, souvent recouverts d'une petite squame sèche et grisâtre, ne présentant pas de suintement, n'étant accompagnés ni de prurit, ni de cuisson, sont placés les uns à côté des autres sans se confondre : tout en formant un cercle ou une partie de cercle, ils restent ordinairement distincts et le bord saillant du disque est interrompu autant de fois qu'il y a de tubercules. Dans quelques circonstances cependant ils sont plus nombreux, ils se réunissent par leurs bords, et ils forment un bourrelet continu. Le développement de ces cercles peut se faire de deux façons : les tubercules apparaissent et circonscrivent tout de suite un espace arrondi limité par un bord saillant, et dont le centre sain présente une coloration d'un gris plombé; ou bien un ou plusieurs tubercules apparaissent et se développent sur un point circonscrit, puis ils s'affaissent et laissent une cicatrice; pendant qu'ils se résolvent, d'autres tubercules apparaissent autour d'eux et forment ainsi un cercle circonscrivant la place primitivement affectée. Une fois développés, ces tubercules peuvent se guérir, de nouveaux peuvent apparaître à côté des anciens, et, comme cela a lieu plusieurs fois successives, l'éruption se fait en suivant une marche centrifuge. Dans ces cas, au bout de deux ou trois mois, le centre de la plaque est occupé par une cicatrice légère, présentant d'abord une coloration rouge cuivré, et offrant plus tard une tache blanche.

Le siège de cette syphilide est spécialement au visage, et plus particulièrement au front, aux lèvres, autour des ailes du nez; on peut encore la rencontrer, mais plus

rarement, sur les membres supérieurs à l'attache inférieure du deltoïde et à l'épaule, sur les membres inférieurs à la partie interne des cuisses, et plus rarement sur le tronc.

Les tubercules, d'abord d'un rouge assez vif, prennent promptement la coloration cuivrée spécifique, laquelle devient de plus en plus tranchée. Leur surface luisante et unie se recouvre à la fin d'une légère exfoliation épidermique. Puis les tumeurs s'affaissent, et l'on ne voit bientôt plus qu'une tache avec la coloration spécifique ; lorsque cette tache a disparu, il reste une cicatrice déprimée, souvent indélébile, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Dans certains cas, le centre des tubercules se ramollit, et il survient des ulcérations assez profondes, recouvertes de croûtes présentant la coloration verdâtre caractéristique. Lorsque ces ulcérations sont guéries, elles laissent après elles une cicatrice déprimée, brunâtre, qui devient blanche plus tard.

La marche de cette syphilide est assez lente, et la durée en est toujours assez longue. Souvent la maladie est prolongée longtemps par l'apparition de nouveaux groupes de tubercules se développant au moment où les premiers s'affaissent.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilide tuberculeuse en groupes est facile ; le siège et la forme de l'éruption, la teinte cuivrée, l'absence de phénomènes locaux inflammatoires, suffisent presque toujours pour la faire reconnaître. La scrofulide tuberculeuse peut cependant être facilement confondue avec la syphilide tuberculeuse ; on distinguera ces deux éruptions à l'aide des caractères suivants : le tubercule scrofuleux est moins dur, demi-transparent, plus violacé, et il est accompagné du gonflement du tissu cellulaire sous-cutané ; les cicatrices sont plissées, irrégulières, souvent saillantes, tandis que celles du tubercule syphilitique sont circulaires, blanchâtres et

assez lisses. Il est cependant des cas douteux, dans lesquels les caractères objectifs ne présentant pas des signes diagnostiques suffisants, on est obligé alors de s'aider des phénomènes antérieurs et concomitants, et même du résultat du traitement.

Pronostic. — La syphilide tuberculeuse en groupes est plus grave que toutes celles que nous avons déjà décrites, elle appartient à un âge plus avancé de la syphilis; c'est souvent un accident tertiaire; elle a une durée longue, et elle laisse habituellement des cicatrices indélébiles.

§ 3. — Syphilides tardives.

Les syphilides tardives apparaissent rarement dans les deux premières années qui suivent l'infection, et elles peuvent arriver cinq, dix, vingt ans après l'accident primitif; dans la syphilis maligne, cependant, on peut les observer hâtivement, à la période secondaire. Leur apparition n'est précédée habituellement d'aucun phénomène prodromique, et la lésion élémentaire a ordinairement une durée assez courte pour qu'on puisse rarement la constater; lorsque le malade vient consulter le médecin, on trouve ordinairement une ou plusieurs croûtes verdâtres, épaisses, inégales, recouvrant une ulcération assez profonde, laquelle présente tous les caractères des ulcères syphilitiques. Le siège et le nombre des croûtes varient avec la variété des syphilides; dans les unes, on trouve une seule croûte très épaisse, siégeant au nez ou aux lèvres; dans d'autres, il y a plusieurs croûtes situées en différents endroits du corps.

La marche des syphilides tardives est ordinairement très lente; si l'on voit quelquefois des ulcérations se cicatriser promptement sous l'influence d'un traitement convenable, d'autres fois la durée est de plusieurs années, la

maladie se propageant soit par des poussées successives, soit par une marche extensive dans la même région, soit en restant stationnaire. La guérison est plus rapide et le traitement plus efficace dans la variété pustulo-crustacée que dans la variété ulcéreuse, qui résiste souvent aux médicaments et qui récidive facilement. Les syphilides tardives laissent toujours après elles des cicatrices très apparentes et quelquefois de véritables difformités.

Ces syphilides arrivent en même temps que les phénomènes tertiaires, tels que les exostoses, les nécroses, les gommes des muqueuses et des viscères et les ulcérations profondes de la bouche, de la gorge et du larynx.

J'admets deux formes de syphilides tardives : 1° la *syphilide pustulo-crétacée*, caractérisée par des croûtes épaisses et inégales; et 2° la *syphilide ulcéreuse*, caractérisée par des ulcérations tendant à s'accroître soit en superficie, soit en profondeur.

1° Syphilide pustulo-crustacée.

La syphilide pustulo-crustacée a pour principal caractère l'existence d'une croûte recouvrant une ulcération ordinairement peu profonde. Cet accident tertiaire de la syphilis peut se développer de plusieurs manières : l'éruption débute soit par une pustule d'ecthyma profond, soit par plusieurs petites pustules semblables à celles de l'impétigo, soit par des pustules bulleuses contenant un mélange de sang, de pus et de sérosité. Toutes ces vésico-pustules se rompent vite et donnent promptement naissance à une croûte plus ou moins épaisse, sous laquelle se forme une ulcération assez étendue. Comme souvent l'élément primitif a une durée tellement courte qu'on ne peut le constater, j'ai réuni toutes ces éruptions sous le nom générique de *pustulo-crustacées;* quelques caractères cependant permettent quelquefois de recon-

naître à quelle lésion primitive ont succédé les croûtes et les ulcérations. C'est ainsi que, lorsque la syphilide pustulo-crustacée succède à des pustules d'ecthyma, on peut souvent constater la base plus ou moins épaisse, engorgée, comme furonculeuse, qui entoure la croûte. Lorsqu'elle débute par un groupe de petites pustules confluentes, on voit apparaître d'abord une tache rouge, sur laquelle se développent des pustules qui se rompent rapidement et donnent naissance à une croûte épaisse et verdâtre. Souvent aussi on voit l'éruption commencer par une pustule assez large, peu élevée au-dessus de la peau, un peu ridée à sa surface, et contenant un liquide brun, mélange de pus et de sang ; l'épiderme se rompt promptement, et il se forme une croûte épaisse, inégale, verdâtre, dure, en forme de coquillage ; c'est là le rupia des auteurs, lequel n'est véritablement qu'une éruption ecthymateuse survenant chez un individu débilité et cachectique.

Quel qu'ait été le début de la syphilide pustulo-crustacée, à un moment donné, on constate sur le malade une ou plusieurs croûtes siégeant le plus souvent à la tête ou aux membres inférieurs ; ces croûtes sont épaisses, adhérentes, sèches, d'un noir verdâtre caractéristique. Elles présentent, d'ailleurs, quelques différences selon la forme initiale : ainsi, dans la forme ecthymateuse, la croûte est bombée au centre, et ses bords sont enchâssés dans la peau environnante, qui est épaissie, saillante et cuivrée. Dans la forme impétigineuse, les croûtes sont moins saillantes, inégales, granuleuses, fendillées, débordant la surface ulcérée. Dans le rupia, les croûtes sont noirâtres, saillantes, coniques, stratifiées comme des écailles d'huîtres, et entourées par l'auréole cuivrée; souvent, autour de la croûte, l'épiderme se soulève, il s'y accumule une nouvelle quantité de sérosité puro-sanguinolente, laquelle se dessèche et augmente

en étendue la croûte déjà formée et plus épaisse au centre.

Les croûtes dont nous venons de parler sont très adhérentes; mais, lorsqu'elles sont enlevées fortuitement, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations plus ou moins profondes, dont l'étendue dépasse rarement celle d'une pièce de cinq francs; leurs bords sont taillés à pic, épais, quelquefois renversés en dehors; leur fond est inégal, granuleux, quelquefois fongueux, formé par des bourgeons charnus, tantôt rouges, tantôt grisâtres, et souvent recouverts d'une fausse membrane semblable à celle qu'on retrouve dans les ulcères syphilitiques. La suppuration est sanieuse, sanguinolente, très plastique; si on ne l'enlève pas par des lotions ou des applications renouvelées, elle ne tarde pas à se concréter pour former une nouvelle croûte, qui se présente avec les caractères de coloration et de disposition déjà signalés.

Lorsque la maladie est près de se terminer, on voit les croûtes devenir de plus en plus sèches, elles s'affaissent, se contractent sur elles-mêmes, l'auréole qui les entoure prend une teinte moins rouge et quelquefois se recouvre d'une exfoliation lamelleuse. L'adhérence des croûtes à la peau diminue; elles vacillent, puis tombent et laissent à nu une surface rouge violacé, inégale, sur laquelle se forme une cicatrice arrondie et déprimée, cuivrée d'abord et plus tard d'un blanc mat.

Les ulcérations sont, le plus souvent, en petit nombre; on en trouve ordinairement cinq ou six disséminées; quelquefois on n'en rencontre qu'une ou deux, et plus rarement elles existent en grand nombre; dans ce dernier cas, l'éruption a commencé par des pustules pseudo-bulleuses développées sur un sujet atteint de cachexie. Le siège des ulcérations varie habituellement selon la lésion primitive; ainsi, elles siègent surtout aux membres inférieurs dans la forme ecthymateuse; et dans

la forme impétigineuse, elles occupent de préférence le visage, le cuir chevelu, le cou et la poitrine.

La marche de la syphilide pustulo-crustacée est essentiellement chronique ; sa durée est en rapport avec l'état général du malade ; chez les sujets cachectiques, l'éruption se prolonge souvent pendant des années ; dans tous les cas, la maladie est d'ailleurs entretenue par des poussées successives, qui se renouvellent quelquefois à des intervalles assez longs pour qu'on ait pu croire à une guérison démentie plus tard par une récidive.

Diagnostic. — La forme ecthymateuse pourrait être confondue avec l'ecthyma cachectique simple, mais cette dernière maladie se rencontre surtout chez les enfants et chez les vieillards ; elle siège presque exclusivement aux membres inférieurs, les pustules sont plus petites, plus nombreuses, plus rapprochées, l'auréole est plus violacée, et les ulcérations sont plus superficielles.

C'est surtout la scrofulide pustuleuse qui pourrait être confondue avec la syphilide pustulo-crustacée ; en effet, dans les deux affections, on trouve une surface circonscrite présentant des pustules agminées, donnant naissance plus tard à une ulcération recouverte d'une croûte épaisse. Mais on doit savoir que la croûte de la scrofulide est noire, grise ou blanche, et non d'une teinte verdâtre comme dans la syphilide ; les ulcérations scrofuleuses ont des bords déchiquetés, décollés et non taillés à pic, et leur fond n'a pas la pseudo-membrane grisâtre spéciale à la syphilis ; enfin, les cicatrices, au lieu d'être déprimées et d'un blanc mat, sont saillantes, irrégulières, rouge violacé d'abord et rosées plus tard. Pour établir le diagnostic dans les cas douteux, on aura recours aux antécédents du malade, aux phénomènes concomitants, et, si cela ne suffit pas, au résultat du traitement.

Pronostic. — La syphilide pustulo-crustacée présente

une certaine gravité ; elle laisse des cicatrices indélébiles, qui sont surtout fâcheuses lorsqu'elles siègent à la figure ; elle dénote une infection profonde et invétérée qu'il est difficile de combattre entièrement ; le pronostic est surtout fâcheux dans l'ecthyma rupiforme, qui s'accompagne souvent des phénomènes de la cachexie syphilitique, état dont nous avons déjà indiqué la gravité, tant à cause de l'altération profonde de la nutrition, que par l'impossibilité où l'on se trouve de continuer assez longtemps la médication spécifique.

2° Syphilide ulcéreuse.

Sous le nom de syphilide ulcéreuse, je réunis les syphilides caractérisées surtout par une ulcération profonde avec tendance à l'extension, quelle qu'ait été d'ailleurs la lésion élémentaire. En effet, souvent les lésions anatomiques primitives, que ce soient des pustules ou des tubercules, ont une marche très rapide, et les malades ne viennent consulter que lorsque la maladie consiste en une ulcération plus ou moins grave ; et comme alors l'aspect, la forme et la marche de la maladie sont les mêmes, quelle qu'ait été la lésion élémentaire, on doit surtout faire attention à l'ulcération, car c'est elle qui forme le caractère dominant de ces affections cutanées.

La syphilide ulcéreuse présente à étudier deux variétés relatives à l'extension de la maladie, laquelle a lieu soit en superficie, soit en profondeur ; dans le premier cas, c'est la syphilide ulcéreuse serpigineuse ; dans le second, c'est la syphilide ulcéreuse perforante. J'ajoute que, dans ces deux variétés, la lésion anatomique n'est autre qu'une gomme, ainsi que l'ont démontré des recherches anatomiques récentes.

a. Syphilide ulcéreuse serpigineuse.

La syphilide ulcéreuse serpigineuse peut commencer par une syphilide pustulo-crustacée, comme je l'ai déjà dit, et alors cette affection, au lieu de se circonscrire, s'étend en largeur par le développement de nouvelles pustules. Mais souvent aussi elle débute par des tubercules rouges, durs, lisses, arrondis, indolents, dont le volume varie depuis celui d'un pois à celui d'une noisette. Ces tubercules, en nombre variable, peuvent rester un certain temps stationnaires, puis ils s'enflamment, se ramollissent, la peau qui les recouvre se perfore, et le pus se concrète en une croûte épaisse, inégale, d'un vert noirâtre. Dessous cette croûte, on trouve une ulcération peu profonde, à bords taillés à pic, saillants et durs; lorsque les croûtes sont enlevées, on voit que le fond de l'ulcère est grisâtre et recouvert d'un pus sanieux, grisâtre, souvent fétide, qui forme en se desséchant de nouvelles croûtes épaisses. Quand la guérison survient, les bords de l'ulcération s'affaissent, le fond devient rouge, granuleux, la croûte s'amincit, se détache; et lorsqu'elle tombe, elle laisse voir une cicatrice d'un brun violacé, qui plus tard se transforme en une tache blanche indélébile, soit unie, soit très légèrement inégale.

Ordinairement, en même temps que les premières ulcérations se cicatrisent, de nouvelles pustules ou de nouveaux tubercules apparaissent, puis s'ulcèrent et forment de nouvelles croûtes et de nouveaux ulcères, de sorte que souvent, chez le même malade, on peut rencontrer des tubercules encore durs, d'autres qui se ramollissent, des croûtes noirâtres, épaisses, stratifiées, des ulcérations grisâtres à bords taillés à pic, et enfin des cicatrices violettes ou blanches.

Cette extension de l'ulcération peut se faire en plu-

sieurs sens : elle peut avoir lieu par un mouvement centrifuge complet, ce qui est assez rare ; elle peut suivre une traînée ; mais le plus souvent, elle se fait par un mouvement centrifuge incomplet, une partie de la circonférence se guérit pendant que le reste continue à progresser. On voit alors un sillon assez large, recouvert d'une croûte verdâtre, inégale, s'avançant de plus en plus en forme de tranchée.

Le siège de la syphilide ulcéreuse serpigineuse est surtout autour des articulations, sur le dos, sur les épaules, et même à la face. Il peut n'exister qu'une seule ulcération, mais le plus souvent il y en a plusieurs, et quelquefois un assez grand nombre sur le même malade.

Cette syphilide n'est accompagnée ni de douleur, ni de démangeaison ; la santé générale est très souvent bonne, et la cachexie, que l'on rencontre quelquefois, doit être attribuée à la syphilis plutôt qu'à la manifestation cutanée.

La marche de cette syphilide est très lente, à cause de sa tendance à l'extension ; cependant elle cède assez facilement à un traitement bien fait. Lorsque la guérison doit arriver, l'ulcération se déterge et prend les caractères d'une plaie simple ; la croûte s'amincit, devient moins foncée, puis tombe, et à sa chute on voit à sa place une tache brunâtre, qui s'efface graduellement pour laisser une cicatrice indélébile. Cette cicatrice présente souvent un aspect gaufré, et les dépressions indiquent la place où se trouvaient les ulcérations les plus profondes. On doit être prévenu que cette syphilide récidive facilement lorsqu'on a interrompu le traitement ; il n'est pas rare de voir des malades qui présentent ainsi plusieurs éruptions semblables pendant trois ou quatre ans.

Diagnostic. — La syphilide ulcéreuse serpigineuse ne peut être confondue qu'avec la scrofulide pustuleuse et

avec le chancre phagédénique. L'ulcération de la scrofulide pustuleuse est d'une teinte plus pâle ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés ; le pus est plus liquide et comme séreux ; les croûtes sont ou blanches, ou jaunes, ou noires, mais elles n'ont pas la coloration d'un vert noir qu'on rencontre dans la syphilis ; on ne trouve ni dans l'auréole qui entoure les plaies, ni dans les cicatrices commençantes la couleur brune caractéristique. Nous avons vu souvent confondre avec la syphilide serpigineuse un chancre phagédénique datant de plusieurs mois ; l'aspect mamelonné de l'ulcération, son siège dans un endroit où se développent ordinairement les ulcères primitifs, la marche envahissante de la plaie, l'absence de tout phénomène de syphilis, et avant tout l'inoculation possible avec le pus qui en provient, sont autant de signes qui serviront à distinguer le chancre phagédénique.

Pronostic. — La scrofulide serpigineuse est une affection grave, parce qu'elle dénote une infection profonde ; elle est grave encore, parce qu'elle laisse après elle des cicatrices indélébiles et quelquefois des brides gênant les mouvements ; enfin, si elle a une étendue considérable, la suppuration peut être assez abondante pour exercer une influence fâcheuse sur la constitution et pour augmenter les accidents de la cachexie.

b. Syphilide ulcéreuse perforante.

La syphilide ulcéreuse perforante commence le plus souvent par des tubercules ou par une tumeur gommeuse ; elle siège communément au visage, sur le nez, sur les lèvres ou sur les oreilles. Elle débute par deux ou trois tubercules indolents, assez volumineux, mais enfoncés dans la peau de manière à ne faire qu'une légère saillie ; leur sommet devient rouge, se ramollit, et la peau est entamée ; il se forme alors une croûte noirâtre très

épaisse, très rugueuse, qui recouvre une ulcération d'abord superficielle. D'autres fois, il n'y a pas apparence de tubercules et la maladie s'annonce par une tumeur dure d'abord, qui se ramollit plus tard et qui s'ulcère ensuite; c'est la gomme cutanée classique. Quel que soit le début, bientôt la plaie envahit toute l'épaisseur de la peau soulevée et, continuant sa marche progressive, elle détruit tous les tissus qu'elle rencontre, sans être arrêtée ni par les cartilages ni par les os. Lorsque la croûte tombe, on aperçoit alors une ulcération profonde, anfractueuse, dont les bords sont saillants et unis, et dont le fond est grisâtre; le pus, sanieux et fétide, mais très plastique, forme promptement une nouvelle croûte, qui ne tarde pas à prendre les caractères particuliers de coloration et d'aspect que nous venons d'indiquer. Pendant toute la durée de cette affection, il n'y a aucune réaction locale ou générale due à l'affection; les phénomènes de douleur ou de cachexie appartiennent soit à des exostoses, soit à la syphilis elle-même.

La durée de cette maladie est toujours très longue, et elle est moins facilement modifiée par le traitement que la forme serpigineuse. Cependant elle se termine souvent par la guérison; alors l'ulcération se déterge, ses bords s'affaissent, le fond devient rouge et granuleux, les bourgeons charnus se développent comme dans une plaie simple, et la cicatrisation s'opère. Les cicatrices, d'abord brunâtres, blanchissent peu à peu, mais elles sont souvent irrégulières, déprimées. A la suite de ces ulcères, et à cause des pertes de substance, il reste quelquefois des brides et des difformités; une aile du nez peut manquer, et, lorsque les os du nez ont été atteints, il en résulte une déformation fâcheuse du visage.

Diagnostic. — La syphilide perforante peut être confondue avec la scrofulide perforante et avec les ulcérations du cancer. La scrofulide perforante présente les

mêmes caractères que ceux que j'ai signalés pour la forme pustuleuse de la scrofule ; ces signes, avec les antécédents et les phénomènes concomitants, suffisent le plus souvent pour établir le diagnostic. Les ulcérations produites par un cancroïde présentent des signes différents : elles ont débuté par un bouton verruqueux, qui a persisté longtemps avant de s'ulcérer ; elles présentent des bords saillants, déjetés en dehors ; les cicatrices, lorsqu'elles se forment, sont plus apparentes ; enfin le diagnostic est aidé par le caractère négatif des phénomènes antérieurs et concomitants.

Pronostic. — La syphilide ulcéreuse perforante est la forme cutanée la plus grave de la syphilis ; par sa durée, par sa profondeur, par les cicatrices difformes et indélébiles qu'elle laisse après elle, et par les symptômes de cachexie qui l'accompagnent quelquefois, elle constitue une affection très sérieuse.

Traitement des syphilides.

Le traitement des syphilides comprend deux indications : celle du traitement général, qui n'est autre que celui de la syphilis elle-même, et celle du traitement local, qui, le plus souvent, n'est qu'accessoire.

Le traitement général des syphilides varie selon la période de la syphilis à laquelle appartient l'éruption que l'on observe. C'est pour cette raison toute pratique que j'ai accepté la division des syphilides en précoces, intermédiaires et tardives.

Les syphilides précoces se développant en même temps que les autres accidents secondaires, demandent le même traitement, et c'est au mercure que l'on doit avoir recours. J'ai déjà dit, en parlant du traitement de la syphilis, que je donne habituellement la préférence aux pilules de

Sédillot, et que j'en prescris une ou deux par jour. Dans certains cas, lorsque le malade est faible, anémié, ou lorsque le mercure fait sentir son action vers le tube digestif ou vers les gencives, on peut se contenter d'un traitement reconstituant composé des préparations de fer et de quinquina, et d'un régime alimentaire fortifiant; dans ces cas, les syphilides suivent leur marche naturelle et disparaissent spontanément; lorsque cette guérison tarde à venir, on peut plus tard arriver avec avantage aux mercuriaux. Il faut agir de même avec les scrofuleux, lesquels, en général, supportent mal le mercure; on devra leur donner de l'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et un régime analeptique, et ce n'est qu'à la fin qu'on devra leur prescrire des préparations mercurielles pour déterminer et consolider la guérison.

Les syphilides intermédiaires se montrent en même temps que les accidents de transition et réclament encore le traitement mercuriel, aidé quelquefois par l'addition de l'iodure de potassium. J'ai déjà dit que, lorsque la syphilide pigmentaire existait seule, il était inutile de faire un traitement, parce qu'elle n'est modifiée ni par le mercure, ni par aucun autre médicament; le temps seul en fait justice.

Les syphilides tardives sont, comme tous les accidents tertiaires, assez rapidement modifiées par l'iodure de potassium, aussi ce médicament est-il prescrit par tous les médecins; mais, tandis que la plupart d'entre eux le donnent seul, je suis d'avis qu'il est préférable de l'administrer concurremment avec le mercure. Quelques médecins donnent ces deux médicaments, l'iodure de potassium et la préparation d'hydrargyre, réunis dans une même préparation, dans un même sirop; d'après mon observation, je crois que ces remèdes ont plus d'action lorsqu'ils sont donnés séparément et à des heures différentes. C'est ainsi que je prescris une ou deux pilules

de Sédillot pour le soir, et de 1 à 4 grammes d'iodure de potassium en solution le matin; je ne donne jamais une dose plus considérable d'iodure de potassium, parce que j'ai remarqué que la dose de 5, de 6 grammes, ordonnée par certains médecins, fatigue le malade sans amener plus rapidement la guérison, et j'ajoute qu'il est même rare que j'élève la dose au delà de 2 à 3 grammes par jour.

Je n'ai pas besoin de répéter ici les contre-indications à l'emploi des spécifiques, tirées de l'état du malade, qui est scrofuleux, débilité ou tombé dans la cachexie syphilitique. Dans ces cas, les spécifiques sont nuisibles, et ils n'agissent véritablement que lorsque la constitution a été réparée par un traitement reconstituant. Je ne parlerai pas ici non plus des autres médicaments vantés dans le traitement de la syphilis; il est rare qu'ils trouvent leur application dans la thérapeutique des syphilides; j'ai suffisamment énoncé mon opinion sur ce point en parlant du traitement de la syphilis.

Le traitement local est le plus souvent inutile, et la plupart des syphilides guérissent soit spontanément, soit par l'effet du traitement général. Cependant, dans certains cas, des applications locales peuvent être utiles et peuvent même hâter la guérison. Ainsi, les plaques muqueuses s'effacent plus rapidement lorsqu'on les touche avec quelques liquides astringents, tels que le vinaigre, l'eau chlorurée ou mieux lorsqu'on les cautérise avec une solution de nitrate d'argent ou du chlorure de zinc, ou même avec le nitrate acide de mercure; ce dernier médicament est surtout utile contre les plaques muqueuses de la gorge rebelles au traitement général. Les excroissances verruqueuses, les végétations réclament encore davantage l'emploi des caustiques, du nitrate acide de mercure, de l'acide chromique et de l'acide azo-

tique. Dans certaines formes squameuses on se trouve bien d'onctions faites avec des pommades à base de goudron ou d'huile de cade.

Les lotions émollientes, les cataplasmes peuvent servir pour faire tomber les croûtes; mais, en général, il est préférable de les respecter pour ne pas mettre à nu les ulcérations et de les laisser se détacher spontanément sous l'influence du traitement général et lorsque l'ulcération sous-jacente est cicatrisée.

Les ulcérations syphilitiques, surtout celles qui succèdent aux syphilides tardives, ont quelquefois besoin d'être pansées avec des pommades légèrement excitantes, telles que l'onguent digestif, l'onguent Canet, qui semblent favoriser la cicatrisation. Dans les ulcérations superficielles on se trouve bien d'appliquer un morceau de sparadrap de Vigo, qu'on renouvelle chaque jour; dans les ulcères plus profonds on peut quelquefois arrêter les progrès du mal et favoriser la cicatrisation en saupoudrant les ulcères avec de l'iodoforme ou en employant une pommade contenant une certaine proportion de cette substance.

Dans le traitement des syphilides on ne doit pas oublier l'usage des bains simples, alcalins ou sulfureux. Les bains de sublimé, les fumigations cinabrées, que certains médecins ordonnent pour toutes les syphilides, ont beaucoup moins d'action que le mercure administré par la bouche, et ils doivent être réservés, ainsi que les frictions mercurielles, pour les enfants et pour les personnes dont le tube digestif ne peut supporter les préparations hydrargyriques prises à l'intérieur.

L'hygiène joue également un rôle important dans la thérapeutique des syphilides; il faut que le malade s'abstienne de toute excitation, de toute fatigue. Dans les plaques muqueuses qui siègent aux lèvres et à la bouche, il faut proscrire absolument le tabac. La nourriture doit

être substantielle, composée principalement de viande; à la fin de la seconde période de la syphilis et pendant la troisième, on doit faire prendre aux malades un peu de vin pur, un peu de café. Lorsque la guérison tarde à se manifester, un changement d'air et le séjour à la campagne viennent souvent produire une modification heureuse. A ce régime hygiénique reconstituant, chez les individus un peu faibles et principalement dans les syphilides tardives, il est bon d'ajouter quelques médicaments toniques, tels que l'iodure de fer, le quinquina, les préparations de gentiane.

Dans certains cas, malgré l'usage des spécifiques et d'un traitement médical et hygiénique bien ordonné, on voit les syphilides persister longtemps et même récidiver. C'est alors, surtout lorsque la constitution est altérée, qu'il est utile d'envoyer les malades à des eaux minérales. Celles qui conviennent le mieux sont les eaux sulfureuses, telles que celles de Barèges, de Luchon, d'Uriage, d'Ax, de Schinznach, d'Aix-la-Chapelle, etc. En même temps que les eaux sont administrées, on peut prescrire un traitement mercuriel ou ioduré, lequel amène habituellement une prompte amélioration; mais chez les individus débilités, cachectiques, il est préférable de n'employer que le traitement thermal et de ne recourir aux spécifiques que plus tard, lorsque la constitution a été rétablie par l'influence des eaux.

Lorsque les syphilides ont disparu, les eaux sulfureuses sont encore utiles pour consolider la guérison; en rétablissant les forces et l'harmonie des principales fonctions, elles peuvent prévenir des récidives. Pour obtenir ce dernier résultat, l'hydrothérapie peut également être avantageuse; elle est indiquée principalement dans les cas d'anémie avec accidents nerveux consécutifs.

Outre cette action sur l'évolution de la maladie syphilitique et sur la santé générale, quelques eaux minérales

auraient encore une autre propriété, dont on peut tirer parti pour le diagnostic et pour le pronostic de la syphilis. Cette propriété serait de faire reparaître des éruptions syphilitiques chez des personnes atteintes de syphilis latente. Cette action révélatrice appartiendrait surtout aux eaux de Louesche. Je ne saurais dire au juste si cette opinion est fondée sur une observation bien exacte; mais ce que je puis affirmer comme une vérité incontestable, c'est le bon effet des eaux minérales que j'ai indiquées pour effectuer et pour consolider la guérison des divers accidents syphilitiques, et en particulier des manifestations cutanées.

f. Éruptions pellagreuses; pellagre.

La pellagre est une maladie générale caractérisée par des phénomènes spéciaux développés sur la peau, sur les organes digestifs, sur le système nerveux, et amenant progressivement une cachexie particulière. Cette maladie, souvent endémique, a été décrite pour la première fois en Espagne, dans l'année 1770, par Cazal (d'Oviedo), sous le nom de *mal de la rosa;* mais elle fut étudiée surtout en Italie, à la fin du siècle dernier, par de nombreux médecins, parmi lesquels je citerai surtout Odoardi de Bellune (1776), Strambio (1794); plus tard Calderini, mais principalement Balardini de Brescia (1844), qui chercha, comme je le dirai plus tard, à expliquer le développement de la pellagre par l'introduction dans l'économie du maïs altéré par un champignon, théorie célèbre qui a compté et qui compte encore de nombreux partisans. En France, où la maladie a été observée également, moins cependant qu'en Espagne et en Italie, la pellagre a été étudiée, en 1845, par le docteur Hameau père, médecin à la Teste, par Gintrac, de Bordeaux (1),

(1) H. Gintrac, *De la pellagre dans le département de la Gironde*, 1863.

par Costallat, de Bagnères de Bigorre (1), par Landouzy père (2), par Billod (3), par Bouchard (4), et surtout par Roussel (5), auquel on doit une monographie très savante et très complète sur la maladie dont nous allons nous occuper. Malgré tous ces travaux et plusieurs autres que je passe sous silence, cette affection n'est encore qu'incomplètement connue dans tous ses détails et surtout présente encore des obscurités assez grandes dans son étiologie. Ces imperfections dans nos connaissances seront rendues évidentes par la description que nous allons donner.

Anatomie pathologique. — Les résultats des autopsies des pellagreux ont été souvent négatifs. Chez certains sujets, on a rencontré assez fréquemment une pâleur et un amincissement de quelques parties de l'iléon et particulièrement de la tunique musculaire, avec diminution du calibre des vaisseaux sanguins de cet intestin, rendant difficile leur injection ; cette altération a surtout été notée par Lobus, médecin italien qui pratiqua de nombreuses nécropsies à l'hôpital général de Milan. Un médecin toscan, Carlo Morelli, a signalé comme assez communes les lésions du foie, caractérisées par l'augmentation de volume et par le ramollissement de cet organe ainsi que par la coloration jaunâtre ; il dit avoir également trouvé la rate petite, ridée, ramollie et contenant un liquide semblable à de la lie de vin ; j'ajoute que ces altérations n'ont pas été rencontrées par d'autres observateurs.

Il est probable que les lésions essentielles de la pellagre

(1) Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre.* Paris, 1860.

(2) H. Landouzy, *De la pellagre sporadique.* Paris, 1860.

(3) Billod, *Traité de la pellagre d'après les observations recueillies en Italie et en France*, suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés. Paris, 1870.

(4) Ch. Bouchard, *Recherches sur la pellagre.* Paris, 1862.

(5) Th. Roussel, *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres.* Paris, 1866.

siègent dans le système nerveux, mais les recherches histologiques manquent jusqu'à présent sur ce point; je dirai seulement que chez un malade atteint de pellagre et mort dans mon service à l'hôpital de la Charité, en 1881, après avoir présenté un érythème pellagreux très manifeste au dos des mains, Déjérine, alors mon chef de clinique, constata sur plusieurs nerfs des avant-bras et des mains des altérations dégénératives très accentuées, caractérisées par la disparition presque complète du cylindre-axe, de la myélite et par la vacuité de la plupart des gaines.

Je suis persuadé que des recherches ultérieures démontreront l'existence d'altérations dans les centres nerveux et dans les nerfs périphériques. Mais jusqu'à présent on peut dire que les investigations anatomiques n'ont rien appris de spécial relativement aux lésions appartenant à la pellagre.

Symptômes. — Avant qu'apparaissent les phénomènes caractéristiques de la pellagre, on observe souvent chez les personnes qui doivent être atteintes de cette affection quelques troubles prodromiques qui appartiennent déjà à la maladie. L'appétit est troublé, il existe quelquefois du pyrosis, de la dyspnée flatulente, des vomissements même et une diarrhée passagère et intermittente; en même temps les malades se plaignent de vertiges, de céphalalgie, de lourdeur de tête et d'embarras intellectuel; ils ont des douleurs dans les membres, ils maigrissent, ils se sentent affaiblis et ils sont déjà en proie à une tristesse profonde, à une véritable mélancolie. Ces accidents peuvent se dissiper complètement et la santé peut se rétablir; mais plus souvent ils se renouvellent après un intervalle de quelques semaines ou de quelque mois et la maladie s'établit définitivement. Alors, après le début de ces phénomènes prodromiques, on voit apparaître des symptômes caractéristiques de

la maladie que nous allons étudier à la peau, dans l'appareil digestif et dans le système nerveux.

Le phénomène le plus apparent et quelquefois le premier en date est certainement celui qui a lieu du côté de la peau, c'est l'éruption qu'on désigne sous le nom d'*érythème pellagreux*. Il se développe ordinairement aux mains, aux poignets, à la face, aux parties découvertes et non garanties par les vêtements. A la main, sur la face dorsale, il commence ordinairement par une ou plusieurs taches, d'un rouge un peu sombre, qui disparaissent par la pression pour reparaître dès que cette pression a cessé ; en même temps que se manifeste la rougeur, il existe un sentiment de chaleur, de cuisson ou de démangeaison, et on peut observer quelquefois un léger gonflement sous-cutané ; puis la tache rouge s'étend, couvre le dos des mains, des doigts et des poignets, et au bout d'un certain temps, la rougeur diminue d'intensité et l'épiderme s'exfolie sous forme de squames. Mais quelquefois la lésion cutanée est plus profonde ; sur les taches rouges on voit se soulever l'épiderme soit sous forme de vésicules, soit même sous forme de bulles ; il y a là une brûlure d'un degré plus avancé ; puis ces vésicules ou ces pustules se dessèchent ou se rompent, et l'épiderme qui a été soulevé se détache et s'exfolie. Ces squames consécutives à l'érythème, aux vésicules ou aux bulles se renouvellent ordinairement à plusieurs reprises et ont des caractères spéciaux ; elles sont grises, fines, semblables à des pelures d'oignon ; assez adhérentes, elles se détachent par leurs bords avant de tomber tout à fait. En même temps que se fait cette desquamation, dont l'intensité et la durée ne sont pas toujours en rapport avec le degré de la fluxion initiale, la peau se colore en brun, elle s'amincit, devient luisante et il s'y forme parfois quelques crevasses. En même temps on voit souvent survenir, surtout dans les cas graves, un

état de desséchement de la main, une atrophie du tissu musculaire et du tissu cellulaire sous-cutané qui rend plus apparentes les saillies des os et des tendons ; cette altération spéciale a été désignée sous le nom de *main anséríne*.

La rougeur et la desquamation ne sont pas permanentes ; après quelques semaines ou quelques mois la desquamation cesse de se produire, mais il reste aux parties atteintes et principalement aux mains, une teinte brun noirâtre, ainsi que le desséchement et l'atrophie que je viens de signaler. C'est généralement au printemps, lorsque paraissent les premiers rayons du soleil, qu'apparaît l'érythème ; mais il peut se reproduire à plusieurs reprises, à l'automne, dans le courant de l'été et même pendant l'hiver, lorsque la maladie se prolonge.

J'ai parlé surtout de l'érythème des mains, c'est là son siège le plus commun, à la face dorsale des poignets, des mains et des doigts, la partie interne de ces régions restant indemne et la lésion s'arrêtant brusquement à la limite des deux surfaces. Mais l'éruption affecte également certaines parties de la face, les oreilles, le cou, les jambes et les pieds, les avant-bras, la partie antérieure de la poitrine, enfin toutes les parties découvertes et qui sont exposées à l'action du soleil ; c'est en effet un coup de soleil, une brûlure par les rayons solaires qui détermine cet érythème spécial de la pellagre. Cette assertion est suffisamment prouvée par le siège de l'éruption aux régions habituellement découvertes, mais surtout par ce fait que l'érythème peut se développer exceptionnellement sur des parties exposées à l'air accidentellement, ainsi que cela est arrivé à des paysans ayant des déchirures à leurs chemises ou à leurs vêtements et présentant des taches rouges correspondant à ces solutions de continuité. L'érythème peut se développer en effet dans les diverses régions découvertes, mais

la desquamation, la coloration brune consécutive, l'atrophie de la peau et des tissus sous-cutanés ne sont jamais aussi marquées qu'à la face dorsale des mains et des poignets.

Je ne dois pas omettre de dire que l'érythème est un des symptômes habituels de la pellagre, c'est ordinairement un des premiers symptômes de la maladie confirmée, mais l'éruption peut ne survenir que tardivement, plusieurs mois, plusieurs années après le début des autres symptômes, et même elle peut manquer complètement ; les médecins italiens ont admis une pellagre sans pellagre (*pellagra sine pellagra*) pour faire pendant aux *variolæ sine variolis*.

Du côté de l'appareil digestif, des désordres importants ne tardent pas à se développer et quelquefois même précèdent l'érythème pellagreux. Ces altérations matérielles ou fonctionnelles existent dans les diverses parties du tube digestif et sont apparentes d'abord à la bouche : les lèvres sont souvent fendillées et recouvertes d'une croûte noire; des fissures, des excoriations peuvent exister aux commissures et à la face interne de la cavité buccale; les gencives sont molles, gonflées, saignantes; on a désigné cet état sous le nom de *scorbut alpin*. La langue surtout présente un aspect tout particulier, elle est rouge, comme écorchée, et on voit sur sa face supérieure et sur ses bords des stries, des fentes, des fissures ; la bouche est souvent remplie de salive, et ce flux salivaire a un goût salé.

Les troubles gastriques manquent rarement; habituellement ils sont constitués par de la boulimie ou au contraire par de l'inappétence, par une sensation de chaleur et de brûlure à l'épigastre, par une production abondante de gaz, par la lenteur des digestions et même quelquefois par des vomissements. Du côté des intestins, on observe habituellement de la diarrhée, quelquefois

même une diarrhée incoercible ; dernièrement j'avais occasion de voir un pellagreux atteint depuis huit mois d'une diarrhée qu'aucune médication n'avait pu arrêter. Quelquefois la diarrhée alterne avec de la constipation ; chez quelques malades, au lieu de diarrhée, il existe au contraire de la constipation habituelle. On a noté quelquefois des selles muqueuses et même sanguinolentes ayant l'aspect des gardes-robes dysentériques ; suivant Strambio, cette diarrhée dysentérique appartiendrait au premier degré de la maladie et elle serait remplacée plus tard par des selles aqueuses ou séreuses.

Mais la pellagre est surtout caractérisée par des troubles du côté du système nerveux ; j'ai déjà signalé l'existence, au début de la maladie, de la céphalalgie, du vertige et de la tristesse ; à mesure que l'affection se développe, ces symptômes s'accentuent, les malades éprouvent de la pesanteur de tête, des étourdissements, des tournoiements, ils tombent soit en avant, soit en arrière ou sur les côtés, et, suivant l'observation de Roussel, ces chutes auraient lieu surtout au moment du printemps ; à cette époque on observerait quelquefois de la diplopie et de l'héméralopie. Communément on peut constater des troubles de la sensibilité ; les malades éprouvent le long de l'œsophage, à l'épigastre, une sensation vive de brûlure ; ils se plaignent généralement de douleurs plus ou moins vives et quelquefois très violentes dans le rachis, dans les membres et particulièrement dans les membres inférieurs ; avec ces douleurs, il existe un sentiment de brûlure à la plante des pieds et à la paume des mains, de l'engourdissement dans les jambes, de la sensibilité aux pieds, laquelle est accrue par la marche et l'entrave, quelquefois des crampes extrêmement douloureuses et de la contracture musculaire momentanée. Fréquemment aussi, les malades se plaignent d'avoir de la dysurie et des besoins fréquents

d'uriner. Cazal et Strambio ont décrit un singulier phénomène caractérisé par des mouvements choréiformes, par une sorte de vacillation de la tête, et par une propulsion en avant ou en arrière qui s'oppose au repos et qui entraîne quelquefois la chute. Mais, du côté du système nerveux, le phénomène le plus important consiste dans une altération de l'intelligence revêtant la forme lypémaniaque. C'est là ce qu'on appelle la folie pellagreuse, caractérisée principalement par l'inertie, par la tristesse profonde et souvent par la tendance au suicide et particulièrement par ce que Strambio a désigné sous le nom d'hydromanie, c'est-à-dire le désir de périr par l'eau. Comme on l'a remarqué, il est probable que cette tendance à se noyer dépend de l'existence, dans les pays à pellagre, comme en Lombardie, de canaux ou de rivières offrant des tentations et des occasions de se noyer, bien plutôt qu'à une forme spéciale de délire. En Espagne, en France on n'a pas noté cette manie de périr par l'eau ; à Paris, en Champagne, chez les pellagreux que j'ai eu occasion d'observer, j'ai pu constater la tendance au suicide sans hydromanie. On a noté aussi des cas de monomanie religieuse, d'autres de délire aigu avec exaltation maniaque, mais la forme la plus ordinaire est la mélancolie.

Au bout d'un certain temps le délire fait place à l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; la mémoire se perd, les forces musculaires diminuent, de véritables paralysies surviennent, et les malades présentent un aspect assez semblable à celui des gens atteints de paralysie générale.

Lorsque les pellagreux sont arrivés à ce degré extrême de la maladie, ils tombent dans la cachexie, laquelle se présente sous deux formes, la première qui a reçu le nom de cachexie pellagreuse, la seconde qui a été appelée cachexie sans pellagre. Dans la première forme, la peau

est sèche, grisâtre, d'une couleur foncée qui rappelle la coloration bronzée de la maladie d'Addison ; l'épiderme est le siège d'une exfoliation souvent renouvelée, sur les mains, sur les poignets, sur les joues ; il n'est pas rare de constater l'existence de taches ecchymotiques déjà signalées par Strambio, mais il n'existe plus de poussées érythémateuses, ni au printemps, ni à aucune époque de l'année, comme cela avait lieu dans un degré moins avancé de la maladie. Alors il s'établit d'une manière permanente une diarrhée séreuse incoercible, la langue est lisse, resserrée, avec les fissures, les plicatures et les ulcérations qu'on rencontre dans la pellagre confirmée. La débilité musculaire est extrême, les malades ne peuvent pas marcher, ils sont affectés de tremblements des membres et ils présentent les symptômes bien caractérisés de ce qu'on a appelé la paralysie pellagreuse. Leur état intellectuel est également amoindri et ils sont tombés dans une prostration plus ou moins complète. Il y a également une altération profonde de la nutrition et l'émaciation du corps est en rapport avec l'affaiblissement musculaire.

Dans la seconde forme de cachexie pellagreuse (cachexie sans pellagre), on n'observe pas au même degré ces signes de débilité générale, les fonctions digestives se rétablissent, les malades mangent, ils n'ont de la diarrhée que d'une manière intermittente et cette diarrhée n'a aucun caractère particulier, les forces musculaires sont conservées et l'émaciation n'est pas très prononcée. Sauf la sécheresse, la teinte brune et la desquamation fréquente de la peau, il n'y a plus guère de symptômes spéciaux à la maladie pellagreuse, mais le système nerveux est altéré profondément, l'intelligence est détruite, la démence est complète et s'accompagne d'une faiblesse musculaire qui va quelquefois jusqu'à la paralysie. Je me rappelle avoir vu à l'hôpital général de Milan un assez grand

nombre de ces déments incurables, anciens pellagreux, chez lesquels on ne pouvait plus retrouver les caractères de la maladie première.

Marche, durée, terminaison. — La pellagre a une marche progressive, et on peut y distinguer trois périodes assez distinctes : dans la première, se développent les accidents cutanés, souvent momentanés, mais récidivants ; dans la seconde apparaissent le trouble des fonctions digestives et l'altération de l'intelligence, la folie pellagreuse, et enfin la troisième est caractérisée par l'état cachectique. Mais si dans quelques cas rares la maladie peut évoluer en un an et même en moins de temps, le plus ordinairement, sa marche est très lente et sa durée peut se prolonger pendant six, huit, dix, douze ans et plus, avec des améliorations et des exacerbations successives.

La guérison peut avoir lieu, mais le plus ordinairement la terminaison est fatale. La mort survient le plus souvent par l'effet d'un affaiblissement graduel et avec les symptômes de la cachexie, mais elle peut arriver plus promptement par l'apparition d'accidents nerveux graves, tels que le coma ou des convulsions. Dans quelques cas signalés par Strambio et plus récemment par Landouzy, la maladie peut revêtir une marche aiguë et prendre l'aspect d'une fièvre typhoïde, c'est ce qu'on a appelé le typhus pellagreux, caractérisé par un état fébrile intense, par la sécheresse de la langue, par de la diarrhée, par du météorisme, de la prostration et du délire. Cette forme a été considérée par quelques auteurs comme due à une véritable fièvre typhoïde venant compliquer la pellagre ; il est plus probable que c'est un accident aigu appartenant à la maladie principale. Quoique cet état typhoïde puisse se terminer par une amélioration au moins momentanée, le plus souvent elle est très grave et les malades succombent. Enfin j'ajouterai que les pellagreux sont quelquefois enlevés d'une manière assez prompte par

une maladie intercurrente à laquelle leur état de dépression générale ne leur permet pas de résister.

Diagnostic. — Je n'ai pas besoin d'insister longuement sur le diagnostic de la pellagre ; cette maladie est suffisamment caractérisée par les trois ordres de symptômes qui lui appartiennent pour qu'on doive la reconnaître, lorsqu'on trouve réunis les altérations cutanées, les accidents digestifs et les troubles vésaniques à forme dépressive et lypémaniaque ; mais néanmoins la maladie est souvent méconnue, lorsqu'elle se déclare dans des pays où elle ne règne pas habituellement et surtout dans les cas où elle se présente sous la forme fruste, avec quelques-uns de ses symptômes seulement, soit la diarrhée, soit les troubles intellectuels, associés à un érythème fugace dont on constate à peine les traces. Dans ces circonstances le diagnostic est difficile, mais on peut cependant l'établir en faisant attention à la succession et à l'association des diverses manifestations morbides, et principalement à l'existence antérieure ou actuelle de l'érythème du dos des mains et à la teinte bronzée de la peau à la face et aux parties découvertes. Pour ma part, je ne fais pas difficulté d'admettre l'existence de la pellagre lorsque je rencontre des troubles digestifs et des accidents neurasthéniques chez des gens ayant ou ayant eu des érythèmes aux parties découvertes, alors même que la maladie se présente en dehors des conditions étiologiques admises habituellement.

Pronostic. — La pellagre est une affection grave qui se termine ordinairement par la mort, ainsi que je l'ai dit ; cependant, si les causes hygiéniques qui lui ont donné naissance peuvent être modifiées et si la maladie n'est pas encore arrivée à son complet développement, on peut quelquefois avoir l'espérance d'entraver ses progrès et d'obtenir la guérison.

Étiologie. — La pellagre est endémique dans certains

pays, en Espagne, en Galicie particulièrement; elle y a été signalée dès 1770, par Gaspar Casal, sous le nom de *mal de la rosa;* elle y règne encore aujourd'hui, ainsi que Th. Roussel a pu s'en assurer (1). Elle existe depuis longtemps en Italie, principalement dans la Lombardie et dans le Milanais ; en France elle a été observée dans quelques départements du Midi, dans l'Aude, dans la Haute-Garonne, dans les Pyrénées, dans la Gironde et principalement dans les Landes. On en a signalé encore des cas habituels en Roumanie, en Hongrie, en Algérie. Mais il ne faudrait pas croire que la maladie pellagreuse ne se rencontre que dans ces foyers endémiques, on en a constaté des exemples authentiques dans d'autres endroits, notamment en Champagne, à Lyon, à Paris; je reviendrai tout à l'heure sur ces cas, dits *cas sporadiques.* Avant de quitter la question des climats, je ferai remarquer que les pays où la pellagre règne d'une manière endémique sont chauds et humides, mais que la chaleur seule ne peut pas être invoquée comme une circonstance favorable, puisque la maladie n'est pas observée dans des régions plus chaudes; c'est ainsi qu'en Italie les provinces méridionales sont préservées, tandis que les régions septentrionales comptent un grand nombre de malades; de même en Espagne, où la maladie épargne le Midi; en France, la pellagre, cantonnée dans le Sud-Ouest, n'atteint pas la Provence, où la température est plus élevée.

Il n'y a rien de bien positif à dire sur le sexe et sur l'âge des malades atteints de pellagre; les hommes pellagreux paraissent un peu plus nombreux que les femmes, et la maladie ne respecte aucun âge. Quant aux professions, si on consulte les observations, on trouvera parmi les individus atteints un grand nombre d'agriculteurs;

(1) Th. Roussel, *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres.* Paris, 1866.

mais il ne faut pas oublier que dans les campagnes ou dans les petites villes où sévit la maladie, la plus grande partie de la population est employée aux travaux des champs; d'ailleurs on a observé aussi la maladie chez des gens appartenant à des professions sédentaires.

Mais une chose qu'on ne peut nier, c'est que les pellagreux se trouvent principalement parmi les plus pauvres, parmi ceux qui sont les plus mal vêtus, les plus mal nourris et les plus mal logés. De l'aveu de tous les auteurs, la misère est une des causes prédisposantes les plus incontestables de la pellagre, et dans certains pays on la désigne sous le nom de *mal de misère*. Je puis ajouter qu'on voit la maladie diminuer dans un pays à mesure qu'augmentent le bien-être et la civilisation.

Je considère aussi l'alcoolisme comme une des circonstances les plus favorables au développement de la pellagre, et dans les cas sporadiques ayant lieu en dehors des foyers endémiques et que j'ai eu occasion d'observer, j'ai constaté souvent l'existence d'excès alcooliques antérieurs et la présence de symptômes d'alcoolisme associés aux phénomènes pellagreux.

Mais parmi les causes efficientes de la maladie qui nous occupe, on a surtout placé en première ligne l'action du soleil et l'alimentation par le maïs. On ne peut nier l'influence fâcheuse du soleil sur les pellagreux; c'est ordinairement au mois de mars ou d'avril, au moment où le soleil commence à avoir de la force, qu'apparaissent les premiers symptômes de la maladie, c'est sur les parties découvertes et exposées au soleil que se développent les éruptions cutanées. Mais les rayons solaires paraissent avoir plus d'action pour produire l'érythème, accident fugace et accessoire, que la maladie elle-même, et c'est probablement parce que les pellagreux sont déjà affaiblis et dans un état de résistance moindre aux agents extérieurs, que la peau est impressionnée par le soleil,

dont les individus bien portants peuvent supporter impunément les atteintes. Et d'ailleurs même, le soleil ne paraît pas indispensable à la production de l'éruption cutanée, car elle a lieu quelquefois pendant l'hiver et chez des personnes à profession sédentaire et non exposées comme les agriculteurs à l'action habituelle du soleil. Je ne m'arrêterai pas à discuter si l'érythème est causé par l'action des rayons chimiques du soleil plutôt que par ses rayons calorifiques, opinion qui a été émise par Charcot et exposée par Bouchard; il n'y a là rien de positif. Ce qui est certain, c'est que tout en admettant l'influence du soleil comme cause adjuvante et même déterminante de l'érythème, on ne peut considérer la chaleur solaire comme produisant la maladie, car ce n'est pas dans les pays les plus chauds que se développe la pellagre, et on peut citer un grand nombre de régions très chaudes dans lesquelles cette maladie est inconnue.

Reste l'alimentation par le maïs et plus particulièrement par le maïs altéré et contenant un champignon connu sous le nom de verdet. Cette opinion qui considère la pellagre comme un empoisonnement causé par le maïs a été émise pour la première fois en Espagne par Casal; mais elle a été généralement adoptée en Italie, et elle a été surtout développée par Balardini, de Brescia, qui le premier accusa comme la cause exclusive du mal, le champignon du maïs, le verdet. Je ne veux pas nier qu'une nourriture insuffisante telle que celle qui résulte de l'usage exclusif du maïs ne puisse produire dans l'économie une détérioration aboutissant à la pellagre, j'accepte parfaitement que le maïs altéré puisse amener un empoisonnement qui se traduit par les symptômes de la pellagre; mais il m'est impossible d'admettre que le maïs, altéré ou non, soit la cause unique, exclusive, spécifique de la pellagre, ainsi que l'ont soutenu Balardini, Costallat (1), et ainsi

(1) Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre*. Paris, 1860.

que le soutient encore aujourd'hui Théophile Roussel (1). Avec cette opinion exclusive, comment expliquer les cas authentiques de pellagre, aujourd'hui nombreux, observés chez des gens qui n'ont jamais mangé de maïs; ce sont des cas sporadiques, ce sont des *pseudo-pellagreux*, disent les Balardinistes ; mais je leur demanderai de quel droit ils rayent ainsi ces maladies du cadre de la pellagre, puisqu'elles en offrent les symptômes, la marche et les lésions ; si les personnes qui en sont atteintes avaient mangé du maïs, on ne ferait pas difficulté de les considérer comme des pellagreux, il ne leur manque que la cause admise d'une manière trop exclusive. Aussi, en bonne logique et en bonne pathologie, cette cause ne me paraît pas indispensable pour produire la pellagre, et l'observation exacte des faits m'oblige à considérer la maladie qui nous occupe comme le résultat de circonstances dépressives multiples telles que la misère, l'alimentation insuffisante, le travail exagéré, l'alcoolisme, les chagrins, peut-être même l'introduction dans l'économie de certaines substances toxiques telles que le verdet.

Pour terminer ce qui a rapport à l'étiologie, j'ajouterai qu'on a encore admis parmi les causes productrices de la pellagre, l'aliénation mentale. Billod a rapporté plusieurs observations d'aliénés chez lesquels il serait survenu des érythèmes semblables à ceux de la pellagre et qui, suivant lui, seraient ainsi devenus pellagreux consécutivement à la folie. Dans ces faits, recueillis dans les asiles d'aliénés, je pense qu'il faut distinguer deux catégories de malades ; d'abord les vrais pellagreux dont la démence constitue le dernier terme de la maladie et qui peuvent vivre encore assez longtemps, ainsi que je l'ai dit, en ne présentant que des symptômes d'une infirmité intellectuelle ; et ensuite les véritables aliénés chez les-

(1) Théophile Roussel, *Traité de la pellagre*. Paris, 1866.

quels, par suite d'un affaiblissement de l'action du système nerveux, les rayons solaires, auxquels ils s'exposent sans précaution, peuvent déterminer des érythèmes semblables à ceux de la pellagre. C'est parmi ces derniers que doivent être placés la plupart des malades cités par Billod (1).

Traitement. — Il n'y a pas de traitement spécial et spécifique à employer contre la pellagre; pour s'opposer aux progrès de cette maladie, on doit combattre les accidents qui la constituent par les moyens appropriés et surtout parer à la déperdition des forces par l'emploi des toniques et par des soins hygiéniques. C'est ainsi que les troubles digestifs indiqueront l'emploi des amers, des alcalins pour faciliter la digestion gastrique, tandis qu'on prescrira les astringents et surtout les opiacés contre la diarrhée. Les érythèmes seront traités par des applications émollientes d'abord, puis par des poudres de talc, d'amidon, de lycopode et enfin par des lotions ou des pommades résolutives telles que les lotions avec l'eau blanche, l'infusion de feuilles de noyer, les pommades à l'oxyde de zinc ou au calomel. En cas d'excitation cérébrale on emploiera les bromures, la valériane, l'asa fœtida, les bains émollients.

Lorsque les malades sont débilités, à la seconde et surtout à la troisième période, il faut s'adresser aux toniques : les préparations de quinquina et de gentiane, le phosphate de chaux, le fer, le chlorure de sodium, les bains salés et sulfureux peuvent rendre service pour soutenir les forces qui faiblissent.

Mais, pour combattre la pellagre et surtout pour la prévenir dans les pays où elle sévit d'une manière endémique, c'est à modifier les conditions hygiéniques qu'il

(1) Billod, *Traite de la pellagre d'après les observations recueillies en Italie et en France*, suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés. Paris, 1870.

faut s'appliquer, lorsque cela est possible. Il faut se rappeler ce que l'on sait à propos de l'étiologie, que la pellagre est une maladie causée par la misère, par une alimentation insuffisante et par un travail excessif; si dès le début de la maladie on peut donner aux patients un peu de viande, du lait, des légumes, au lieu de maïs, si on aère suffisamment leurs habitations, si on les met au repos ou si on ne leur demande qu'un travail modéré, le mal peut s'arrêter et la guérison complète peut être obtenue. De même dans les régions ravagées par l'endémie pellagreuse, en établissant des routes qui permettent les communications fréquentes avec les pays voisins plus sains, en creusant des puits susceptibles de donner de bonne eau, en conseillant une nourriture variée, on peut arriver à prévenir la maladie. C'est ainsi que dans les Landes et dans les Pyrénées la maladie a presque complètement disparu sous l'influence d'une plus grande aisance : les habitants, mieux nourris, mieux logés, mieux vêtus, résistent davantage aux mauvaises conditions du sol et du climat, et on voit le moment où la pellagre ne sera plus en France qu'une affection rare et sporadique. Il en serait de même en Italie et en Espagne, si les conditions économiques et hygiéniques des paysans pouvaient être changées. Je ne m'arrête pas sur le grillage du maïs, proposé par Balardini et vanté par Costallat comme un remède souverain pour détruire le verdet et prévenir l'intoxication. On croit peu maintenant à cette cause unique de la pellagre, même en Italie, et on y insiste davantage sur la nécessité d'assurer les conditions générales d'une bonne hygiène.

Nature de la pellagre. — En traitant de l'étiologie, j'ai dit que je ne considérais pas la pellagre comme une maladie spécifique, due à une seule cause ; mais l'extension des symptômes à plusieurs appareils, la détérioration de la constitution indiquent suffisamment qu'elle doit

être classée parmi les maladies générales, parmi les maladies infectieuses. Est-ce une maladie parasitaire? on le dira certainement, quoiqu'on n'ait pas encore trouvé son microbe. Peu importe ; ce qui est certain, c'est qu'elle est le résultat de causes dépressives agissant sur l'économie et principalement sur le système nerveux, de manière à amener une cachexie progressive plus ou moins rapide qui compromet l'existence.

g. Éruptions lépreuses; Lèpre.

Le mot *lèpre*, employé par les anciens pour désigner des maladies graves, assez mal déterminées, mais principalement caractérisées par des lésions cutanées profondes, s'applique aujourd'hui à deux maladies bien distinctes : l'une est l'éléphantiasis des Grecs, l'autre l'éléphantiasis des Arabes. Ces affections, présentant de grandes différences dans leur nature et dans leur expression, doivent être étudiées séparément ; nous ne nous occuperons ici que de l'éléphantiasis des Grecs, celle des Arabes ayant déjà été décrite (voy. p. 164).

Définition. — L'*éléphantiasis des Grecs* est une maladie générale, caractérisée principalement par une altération de coloration de l'enveloppe cutanée, par une éruption tuberculeuse de la peau et des muqueuses, par des symptômes observés du côté du système nerveux, et même par des lésions organiques variées, parmi lesquelles on peut placer aujourd'hui, au premier rang, la présence d'un parasite microscopique.

Ce nom d'éléphantiasis paraît avoir été donné, par Arétée, à la maladie qui va nous occuper, dans le premier siècle de l'ère chrétienne. On doit rattacher à cette affection les maladies désignées sous les noms de *lèpre des Hebreux*, de *leuce* des Grecs, de *lèpre des croisades*, de *léontiasis*, de *Spedalskhed* de Norwège. Il

faut, au contraire, séparer de la lèpre, comme des affections qui en sont complètement distinctes, la maladie décrite par Bateman sous la dénomination de lèpre vulgaire, laquelle n'est qu'une variété du psoriasis, l'éléphantiasis des Arabes, maladie locale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et enfin la Radesyge de Norwège, qui ne paraît être qu'une syphilide.

Historique. — La lèpre est une des maladies les plus anciennement connues et décrites, car on en trouve des relations dans l'histoire du peuple juif et dans les livres de Moïse, qui sont les écrits les plus anciens que l'on connaisse. Elle a parcouru la surface de la terre, en suivant les grands mouvements des peuples, et rien n'est plus curieux que le spectacle de ses vicissitudes dans les pays qu'elle a tour à tour visités.

Est-ce en Égypte qu'elle a pris naissance? Ou bien n'a-t-elle apparu chez le peuple juif qu'après son arrivée dans l'Arabie où elle existait déjà? C'est là une question fort discutée et encore assez obscure. D'après Lucrèce, c'est en Égypte qu'elle se serait montrée d'abord :

> Est Elephas morbus, qui propter flumina Nili
> Gignitur Ægypto in medio, neque præterea usquam;

et les Hébreux n'auraient fait que la transporter avec eux dans leurs pérégrinations. Il est certain que le voisinage d'un grand fleuve, dans un pays très chaud, et la présence des marécages qu'y déterminent ses nombreuses divisions ont pu favoriser le développement de la lèpre bien plutôt que le sol des premières contrées arides de l'Arabie parcourues par les Hébreux. Mais une autre raison meilleure, c'est qu'il ne paraît pas qu'on ait trouvé de trace de lèpre dans l'Arabie avant l'arrivée des Israélites. Quoi qu'il en soit sur ce point, on trouve, dans les écrits de Moïse, une très remarquable description de la maladie ; il parle des taches, de leur coloration, de leur appari-

tion et de leur propagation : « Elles sont d'une grande blancheur, enfoncées dans la peau. » Il signale aussi la décoloration des poils, les ulcères, etc. : « Lorsque, sur la peau, il y aura une couleur blanche, et que l'aspect des cheveux aura changé, et que la chair vive aura paru, la lèpre sera jugée très ancienne, et enracinée dans la peau. »

Les écrits de Susrutas et d'Archigène indiquent qu'elle régnait en Perse 600 ans avant l'ère chrétienne, et dans l'Inde vers la même époque.

Hippocrate ne paraît pas avoir connu l'éléphantiasis des Grecs : le *mal de Phénicie*, qu'il décrit et dans lequel Galien veut reconnaître la lèpre, n'y ressemble point, et pourtant l'illustre médecin grec vivait encore quand le terrible fléau a fait invasion en Grèce.

Celse, a-t-on supposé, a voulu désigner la lèpre sous le nom de *vitiligo ;* les taches blanches, la décoloration des poils ont paru à tort à des commentateurs un ensemble de caractères suffisants.

Enfin, on a voulu aussi reconnaître la même maladie dans celle qu'Aristote avait décrite sous le nom de *satyria*.

Telles sont les données peu exactes qui ont permis de supposer que les Grecs avaient connu la lèpre avant les Romains. Ceux-ci la décrivirent, à l'époque du retour de Pompée de l'Asie Mineure, comme l'entité morbide appelée *éléphantiasis* par les Grecs. Arétée, dans son langage imagé et poétique, nous en a laissé une admirable description, dans le courant du premier siècle de l'ère chrétienne. A ce moment la maladie ne paraît pas avoir pris une trop grande extension ; mais les écrits de Marcus Empiricus témoignent assez qu'elle fut étudiée davantage pendant les deuxième et troisième siècles. A cette époque, elle se répandit en Europe ; Galien en parle en plusieurs passages, Aétius et Paul d'Égine en font souvent men-

tion. On la voit bientôt s'étendre en Lombardie et en Espagne, probablement à la suite du transport des troupes romaines.

La lèpre commençait à décroître en Occident quand, au moyen âge, les grands mouvements de peuples, appelés croisades, vinrent en favoriser la réapparition. Elle se réveilla avec une fureur inouïe, et l'on accusa les croisés d'avoir importé en Europe une si terrible affection. Ce reproche est peut-être mal fondé, puisque la lèpre avait déjà paru en Occident; on ne saurait nier cependant que les changements survenus dans la vie des croisés, que les fatigues et que les privations qu'ils ont supportées, ainsi que l'absence absolue de règles hygiéniques dans les pays chauds, n'aient été pour beaucoup dans le développement de la maladie, et par suite, dans son extension. De plus, ces grandes et lointaines expéditions ont dû singulièrement propager le mal, en multipliant les relations entre l'Orient et l'Occident, et en apportant à la maladie des éléments sans cesse renouvelés. Au dixième siècle, le nombre des lépreux était si considérable en Europe, qu'en bien des endroits on dut fonder, sous le nom de *léproseries*, des maisons de traitement ou de refuge pour les malheureux atteints de la lèpre. Toutefois, il est bon de faire remarquer qu'à cette époque l'insuffisance du diagnostic et les préjugés habituels avaient aussi peuplé les léproseries de scrofuleux, de malades atteints d'ulcères simples, d'eczémas graves et même de psoriasis.

Au quinzième siècle, la lèpre commença à décroître en Europe, pendant qu'elle se montrait au Nouveau-Monde, où on la retrouve encore aujourd'hui à l'état endémique. A la même époque, apparaissait la syphilis, que beaucoup d'auteurs n'ont d'abord voulu considérer que comme une transformation de la lèpre. L'étude comparative des deux affections permit bientôt de faire la part de cha-

cune ; mais il semble que l'invasion du fléau syphilitique ait comme chassé vers les rives de l'Orient le fléau lépreux.

Toutefois la lèpre, en abandonnant l'Europe, resta toujours assez commune dans les parties septentrionales de notre continent (Norwège, Islande, Danemark) ; elle se concentra aussi, pour ainsi dire, dans des pays essentiellement différents au point de vue climatérique, tels que la Grèce, les îles Ioniennes et quelques parties de la Turquie d'Europe.

Aujourd'hui la lèpre occupe encore un grand nombre des rives du littoral à la surface de la terre, où elle règne souvent d'une manière endémique ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet en parlant de sa distribution géographique.

La grande épidémie du moyen âge nous a dotés de travaux importants sur le sujet qui nous occupe. Pour ne citer que les noms les plus éclatants, indiquons ceux de Gordon, d'Arnaud de Villeneuve, de Guy de Chauliac, d'Ambroise Paré, de Fernel, etc. Mais, après cette période, toute l'attention se porte sur la syphilis, et il y a une longue lacune dans l'histoire de la lèpre ; c'est que peu à peu celle-ci diminue successivement dans les pays d'Europe ; au dix-huitième siècle, excepté au Nord et en Orient, on n'en observe guère que des exemples isolés. Dès lors l'intérêt se porte sur l'étude de la lèpre dans un autre hémisphère, et les beaux travaux de Schilling (1) viennent jeter la lumière sur la marche de la maladie dans les Indes et dans les Guyanes.

Nous ne saurions oublier de mentionner les recherches d'Heberden, de Brault et Valentin (2), de Bajon (3) et de

(1) Schilling, *Diss. de Lepra*, Trajecti ad Rhenum, 1769.

(2) Valentin, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1808.

(3) Bajon, *Mémoires pour servir à l'histoire naturelle de Cayenne et de la Guyane française*. Paris, 1777-1778.

Bergeron (1), d'Ainslie (2), de Gibert (3), plus près de nous, le grand *Traité de la Spedalskhed* de Norwège, par Danielssen et Bœck (4), et enfin les mémoires des médecins de l'armée et de la marine (5) et de savants voyageurs sur la lèpre des pays chauds et des pays froids.

Lésions anatomiques. — Les lésions rencontrées dans la lèpre sont très nombreuses et très variées ; elles affectent un grand nombre de tissus et d'organes. Nous les examinerons dans les divers appareils, indépendamment de leur mode et de leur époque d'apparition.

1° *Peau.* — C'est par des altérations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané que la lèpre débute d'ordinaire, et, pendant toute la durée de la maladie, le tégument externe présente des modifications importantes de coloration et d'aspect. On constate presque constamment à la peau des changements de couleur, des éruptions diverses, mais surtout des tubercules, des ulcérations et une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané. Mais ces lésions sont appréciables pendant la vie; nous les détaillerons donc dans le chapitre consacré à la description des symptômes, et, pour éviter une répétition inutile, nous ne devons indiquer ici que les résultats de l'examen microscopique, tels qu'on les trouve dans les travaux de Virchow, dans ceux de Malassez et Lamblin, et plus récemment dans les recherches qui ont

(1) Bergeron, *Diss. sur le mal rouge observé à Cayenne.* Paris, 1825.

(2) Ainslie, *Observations on the Lepra Arabum or Elephantiasis of the Greeks* (*Transactions of the royal Asiatic Society of Great Britain.* London, 1826, vol. I).

(3) Gibert, *Remarques historiques et critiques sur la lèpre* (*Revue médicale*, juillet et août 1840) ; *Nouvelles remarques sur la lèpre* (*Bull. de l'Académie de médecine.* Paris, 1840-1841, t. VI, p. 428 et *Gaz. méd. de Paris*, t. IX, 1841, p. 13).

(4) Danielssen et Bœck, *Traité de la Spedalskhed ou Elephantiasis des Grecs*, traduit du norwégien par Colson de Nogaret. Paris, 1848, in-8° et atlas in-folio.

(5) Brassac, *Essai sur l'éléphantiasis des Grecs, lèpre phymatode et aphymatode* (*Archives de médecine navale*, t. VI, septembre 1866).

eu pour résultat de démontrer l'existence du parasite de la lèpre.

Les lésions de la peau, au microscope, sont les suivantes : l'épiderme, quand il existe encore, est aminci ; ses cellules, fortement réfringentes et devenues granuleuses, se présentent comme dissociées. La couche muqueuse de Malpighi est peu altérée ; çà et là quelques prolongements interpapillaires pénètrent plus profondément dans l'épaisseur du derme, dont les altérations sont beaucoup plus prononcées. Le tissu fondamental du derme a perdu ses fibres élastiques, et ses faisceaux de tissu conjonctif, raréfiés, se perdent au milieu d'un tissu de nouvelle formation, composé de cellules embryonnaires arrondies, fusiformes ou étoilées, disposées volontiers en cercles autour des vaisseaux, et noyées elles-mêmes dans une substance brillante et grenue. Ranvier a signalé, dans l'épaisseur du derme, l'existence de grandes cellules mères, lesquelles, par dédoublements successifs, donneraient lieu à cette énorme prolifération de cellules embryonnaires. Les fibres musculaires de la peau ont paru saines : leur volume, leurs stries sont à l'état normal, et leur périmysium ne semble point épaissi.

Lorsqu'on vient à pratiquer une coupe sur un tubercule, voici les particularités que révèle l'étude micrographique : Il n'existe plus d'épiderme, et le corps muqueux lui-même, aminci çà et là, est détruit par places. Le tissu nouveau qui se forme dans le derme s'enfonce par poussées, et sous formes de pieux ou de colonnes, s'irradiant au milieu des éléments adipeux ; entre ces grosses colonnes, on aperçoit de petites masses grêles de tissu conjonctif à cellules étoilées.

Les vaisseaux de la peau jouent un grand rôle dans la production des tubercules. Au début, fluxion, hypérémie, d'où la production de taches roses, rouges, etc. Plus tard, compression de ces vaisseaux par le nouveau tissu,

atrophie de la peau et sécheresse consécutive, phénomènes dont nous parlerons à propos de l'altération des glandes. L'hypérémie primitive de la peau avait déjà été en partie décrite par Cazenave et Schedel, et, depuis lors, tous les auteurs ont, plus ou moins, insisté sur ce fait. Mais, en outre, les vaisseaux eux-mêmes sont altérés dans leurs parois : les veines sont dilatées, épaissies ; en même temps, elles sont le siège de dilatations variqueuses; en certains points même, on trouve dans les tissus ambiants des extravasations sanguines. Dans les parties du corps qui sont le siège d'une circulation capillaire très active, telles que la face, les oreilles, les parties génitales, etc., les taches roses ou rouges du début se montrent facilement, et c'est aussi sur ces points que l'on voit en premier lieu apparaître les tubercules. Lorsque arrive, au contraire, la période de multiplication des cellules embryonnaires, la cavité des vaisseaux de la peau se trouve rétrécie, puis oblitérée. Danielssen et Bœck ont démontré, par leurs injections, que le réseau capillaire est brisé et que ses communications sont interrompues avec les parties voisines; d'où l'atrophie des éléments des tubercules, leur dégénérescence granulo-graisseuse, et bientôt leur fonte purulente. Ces deux ordres de phénomènes sont sous la dépendance d'une influence nerveuse; mais nous réservons pour plus tard l'étude des lésions des nerfs cutanés; elle viendra, quand nous décrirons les altérations du système nerveux, et c'est là que nous devrons exposer les considérations de physiologie pathologique auxquelles ces lésions peuvent donner lieu.

La résistance et l'épaisseur de la peau varient avec la période de la maladie. La peau devient, au début, dure, résistante au toucher, difficile à plisser; ce caractère peut se présenter aux environs des tubercules, ou en dehors de ceux-ci ; aux environs de ces tumeurs, la peau est

notablement épaissie et peut acquérir une épaisseur de 1 1/2 à 3 centimètres. Après la fonte du tubercule, au contraire, la peau presque tout entière a disparu; il s'est formé une cicatrice inodulaire enfoncée, adhérente aux tissus sous-jacents, et d'autant plus prononcée que l'ulcération a été elle-même plus étendue et plus profonde.

Les glandes cutanées sont aussi le siège de modifications importantes. Les glandes sudoripares ne sont pas attaquées dès le début de la maladie, en raison même de leur situation profonde dans l'épaisseur de la peau; leur canal excréteur est d'abord détruit au voisinage de la surface extérieure de la peau, et ce n'est que plus tard que le glomérule sécréteur est envahi et atrophié à son tour. C'est alors que, l'organe étant détruit, la fonction cesse; la peau devient sèche, l'épiderme est épais, rugueux, fendillé, il se détache par petites écailles. Les glandes sébacées ont, au contraire, dès le début, une activité fonctionnelle plus grande qui donne lieu, aux parties où elles siègent de préférence (nez, joues, etc.), à de l'acné sébacée fluente, ou à de l'acné concrète. L'orifice des conduits sébacés est élargi, saillant, et la saillie que forment ces ouvertures donne parfois à la surface cutanée l'aspect d'une peau d'orange; de ces orifices on peut faire sortir quelquefois, par expression, des cylindres, plus ou moins volumineux, de matière sébacée, jaunâtre et solidifiée. Mais, avec les progrès de la maladie, ces glandes elles-mêmes se trouvent atrophiées, et leur produit d'excrétion se trouve également supprimé.

Les poils sont d'abord décolorés; c'est principalement sur les taches et sur les tubercules que se produit ce phénomène; puis par suite de la destruction des follicules sébacés dont la sécrétion vient à manquer, les poils deviennent secs, rugueux, cassants, renflés par places,

et finissent par disparaître complètement, mais à une période avancée de la maladie ; à ce moment les follicules pileux sont eux-mêmes envahis, comprimés, ratatinés, puis détruits. Les fibres musculaires annexées aux bulbes pileux disparaissent, en sorte que le phénomène connu sous le nom de chair de poule n'existe plus.

Les ongles eux-mêmes se détruisent du centre vers les bords sous l'influence de l'apparition d'un tubercule qui supprime les papilles, et absorbe la substance unguéale. Lorsque le tubercule porte sur la matrice, l'ongle sécrété est plus épais et devient opaque. Mais, d'autres fois, la maladie débute par un onyxis, surtout aux extrémités inférieures, et alors, les matrices ayant été détruites, les ongles ne repoussent plus.

Lorsque l'on pratique une coupe, portant sur l'extrémité d'un doigt et intéressant par conséquent un ongle, on peut observer les particularités suivantes : l'ongle est mince et brillant sur les bords, mais il devient grenu en se rapprochant du centre, où il manque ; sur le pourtour de l'ulcération centrale, il est écailleux, et ses lamelles se dissocient ; il est décollé des papilles par un amas de cellules embryonnaires qui égalise les saillies de la couche papillaire ; sur les bords de l'ongle, le tissu tuberculeux s'enfonce dans l'épaisseur du tissu conjonctif du derme à la façon de pieux ou de colonnes, ainsi que nous l'avons signalé plus haut. L'examen de la peau des extrémités des doigts, presque toujours malades chez les lépreux, ne laisse plus apercevoir de corpuscules de Meissner, ni rien qui y ressemble (Lamblin) (1).

Le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi et engorgé par places, mais sans que ces engorgements répondent nécessairement à la présence de tubercules. Rarement

(1) Lamblin, *Étude sur la lèpre tuberculeuse ou Éléphantiasis des Grecs*. Thèse de Paris, 1871.

ces foyers se ramollissent ; ils sont formés par l'accumulation des éléments que nous avons déjà décrits à propos de l'histologie pathologique de la peau. Ils peuvent être circonscrits, de la grosseur d'une amande ou d'une petite noix, ou bien ils s'étendent en nappe sur une certaine largeur. Quand un tubercule ulcéré se cicatrise, on ne trouve parfois plus de tissu cellulaire sous-cutané : celui-ci a disparu dans le processus ulcératif des parties, et la cicatrice de la peau se fait sur des couches beaucoup plus profondes. Les vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané sont également malades; leurs parois sont épaissies, sans que leur calibre en soit sensiblement augmenté. Des veines, telles que la céphalique, la saphène, etc., acquièrent le volume du petit doigt, grâce à l'accumulation des éléments embryonnaires qui les environnent ; mais, lorsqu'elles sortent du tissu de nouvelle formation, elles reprennent bien vite leur aspect normal.

2° *Système musculaire.* — Tandis que Danielssen et Bœck prétendent que la texture des muscles n'est pas altérée, Lamblin, au contraire, affirme que l'on y rencontre des lésions microscopiques, et A. Ollivier n'hésite pas à les attribuer à une lésion nerveuse primitive ; c'est là un point que nous examinerons ci-après, à propos de l'étude anatomique du système nerveux. Les fibres musculaires que Danielssen et Bœck veulent ne voir qu'amaigries, athrophiées, privées des éléments adipeux interposés entre elles, subissent, d'après Aug. Ollivier et Lamblin, la dégénérescence graisseuse. « La fibre musculaire a disparu pour faire place à une couche gélatineuse, amorphe, transparente, au milieu de laquelle on a peine à en apercevoir les derniers vestiges » (Bazin). Si la lèpre débute dans l'enfance, l'atrophie générale qu'elle entraîne avec elle empêche le développement du sujet dont les membres ne s'accroissent pas ; ici les muscles se comportent comme à la suite de la paralysie spinale

infantile. Lorsque le malade est un adulte, si la sensibilité d'abord, puis la motilité ont disparu dans les muscles, à la main en premier lieu, puis aux bras, les masses musculaires s'amoindrissent, se rétractent et les tendons font saillie sous la peau. Surviennent alors des contractures avec flexion exagérée, et des déformations siégeant principalement aux mains qui figurent des sortes de griffes. Toutefois, ces altérations peuvent affecter un certain groupe de muscles, en laissant indemnes d'autres muscles très voisins.

3° *Système osseux.* — Les os et le périoste ont été trouvés atteints, dans certains cas graves de lèpre. La périostite peut succéder à une ulcération débutant par la peau, ou elle peut naître primitivement. Elle peut entraîner avec elle de l'ostéite; le périoste se décolle, l'os se mortifie, et il y a élimination d'un séquestre. Les lésions microscopiques seraient, dans le tissu spongieux celles de l'ostéite raréfiante. D'abord limitées aux phalanges des pieds et des mains, où elles produisent des déformations sur lesquelles nous aurons à revenir, ces altérations du système osseux peuvent s'étendre à tout un membre dont la partie osseuse s'éliminera tout entière; c'est ainsi que Danielssen et Bœck ont vu des malades perdre un pied, une main; nous devons ajouter que c'est principalement dans la forme anesthésique que l'on observe des désordres aussi considérables.

4° *Appareils de la digestion, de la respiration, de la circulation, et appareil génito-urinaire.* — Ici nous allons passer en revue l'histoire pathologique d'un certain nombre de muqueuses et de certains parenchymes. Les lésions des muqueuses sont les mêmes que celles de la peau, mais un peu plus tardives; mêmes amas de cellules embryonnaires, mêmes tubercules, mêmes ulcérations. La muqueuse digestive, sur les altérations de laquelle Virchow émet des doutes, nous paraît, au

contraire, une de celles qui s'affectent le plus communément Dans la bouche, on aperçoit d'abord des taches d'un rouge pâle, ou des tubercules plats, mous, très disposés à l'ulcération sur les joues, sur le voile du palais, sur la luette et sur les amygdales. Parfois le processus ulcératif détruit tout ou partie de ces organes, et atteint même les os qui leur servent de soutien, en sorte qu'il s'établit des perforations, des adhérences et des cicatrices vicieuses.

Nous n'avons point trouvé mention dans les auteurs de lésions des glandes salivaires; mais en dehors des observations qui existent, il ne nous paraît pas impossible que ces glandes puissent éprouver des modifications importantes sous l'influence de tubercules venant de la peau, ou par suite de l'envahissement de leur tissu par les produits de nouvelle formation. Danielssen et Bœck se bornent à signaler, dans certains cas, une salivation spontanée exagérée.

La muqueuse de l'estomac est amincie, ramollie (Danielssen et Bœck). Quant à la muqueuse intestinale, elle est parsemée, çà et là, d'ulcères larges, arrondis, creusés en profondeur jusqu'à la couche péritonéale; ils ont des bords élevés, durs, et leur fond égale en surface leur ouverture. C'est dans l'épaisseur de la tunique musculaire de l'intestin qu'apparaissent d'abord les éléments embryonnaires de nouvelle formation; bientôt ils entraînent la mortification des vaisseaux, puis celle des parties voisines de la muqueuse, et c'est ainsi que l'ulcération se forme. Ces lésions se montrent parfois sur les glandes de Peyer, et peuvent donner lieu à des perforations intestinales. Quand la maladie a duré longtemps, on peut trouver à l'autopsie, à la surface externe de l'estomac et des intestins, de petites masses tuberculeuses de diverses grandeurs, ayant entraîné l'adhérence de plusieurs anses intestinales.

Le foie est souvent parsemé de tubercules jaunâtres, soit dispersés à sa surface, soit plongés à l'intérieur de l'organe, au milieu de cavernes logées dans le tissu sain ; la muqueuse de la vésicule biliaire est aussi parfois semée de petits tubercules. Çà et là, à la surface du foie, on a noté des traces de péritonite. Les cellules hépatiques ont subi la dégénérescence graisseuse, et il y a un certain degré de cirrhose hépatique, par suite de l'accumulation des éléments anormaux autour des vaisseaux un peu volumineux.

La rate est hypertrophiée, quelquefois ramollie et diffluente, parsemée de tubercules à sa surface et dans son épaisseur. On a noté une augmentation des glomérules de Malpighi.

Le pancréas n'a jamais paru affecté en aucune façon.

Du côté de l'appareil de la respiration, on note des désordres de la plus extrême gravité, et qui sont susceptibles d'entraîner la mort du malade. L'épiglotte se gonfle, se couvre de tubercules, s'ulcère, et même parfois tombe en totalité. Les replis aryténo-épiglottiques sont souvent le siège d'une infiltration œdémateuse pouvant aller jusqu'à constituer les lésion de l'œdème de la glotte. Dès le début de la maladie, des taches ou des tubercules apparaissent dans l'intérieur du larynx; ainsi se trouvent détruits les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs et les cordes vocales, les cartilages du larynx, et spécialement les cartilages aryténoïdes. Par la présence de végétations, l'orifice supérieur des voies respiratoires se trouve parfois rétréci, au niveau de l'épiglotte détruit ou imparfaitement cicatrisé, au point de n'admettre plus qu'un tuyau de plume ; et, comme les ventricules du larynx sont remplis assez souvent de matière tuberculeuse, il se produit dans la respiration une gêne extrême, qui peut aller jusqu'à l'asphyxie.

Danielssen et Bœck insistent sur l'extension des taches et des tubercules à la trachée et aux bronches, et ils ont vu sur ces organes se produire des rétrécissements bien manifestes. Là, comme à la peau, le processus pathologique débute dans l'épaisseur du derme, et ce n'est que consécutivement qu'il s'étend aux glandes. Nous voyons ainsi réduite à néant l'hypothèse des auteurs qui veulent que le produit tuberculeux de la lèpre soit le résultat d'une hyperplasie dans un follicule muqueux.

Les poumons sont habituellement exempts des manifestations de la lèpre; on a trouvé cependant, dans quelques autopsies, un certain degré d'infiltration tuberculeuse, ou des petits tubercules crus et d'autres en voie de ramollissement (Danielssen et Bœck); mais c'est là un cas peu commun, bien qu'on ait pu rencontrer aussi de petites cavernes dispersées dans le parenchyme pulmonaire, et des cicatrices appartenant sans doute à d'anciens tubercules guéris. Nous avons observé un cas dans lequel les poumons étaient farcis de tubercules gris et de petites cavernes très nombreuses, disséminées dans les diverses parties des poumons; ces lésions avaient été pour beaucoup dans la terminaison fatale de la maladie.

L'appareil circulatoire, peu affecté dans son centre, semble l'être davantage à ses extrémités, et surtout à ses terminaisons capillaires; on note aussi des changements dans la composition chimique et dans les éléments figurés du sang. Le cœur est ordinairement sain; quelques plaques laiteuses existent parfois à sa surface; il y a rarement dégénérescence graisseuse de ses fibres musculaires; ses orifices et ses cavités sont sains; l'influence lépreuse ne paraît pas s'exercer en ce point, non plus que sur les gros vaisseaux, tant artères que veines, sauf dans les points où ils traversent des produits pathologiques, et où ils sont noyés dans une gangue lardacée qui les maintient béants, sans augmenter la largeur de leur calibre.

Mais, ainsi que nous l'avons vu en parlant de la peau, les capillaires sont les parties le plus vite envahies : dilatations variqueuses, extravasations sanguines, engorgement et épaississement des parois, accumulation, en certains points, d'amas de cellules embryonnaires, compression, puis oblitération de leur calibre, tel est le processus morbifique que subissent les capillaires, processus qui explique la mortification de la peau et du tissu cellulaire, la suppression des sécrétions sudoripare et sébacée, le desséchement et la chute des poils.

Les premières recherches sur les altérations du sang dans la lèpre ne remontent pas au delà de Danielssen et Bœck ; ces auteurs y ont vu, au microscope, de nombreux globules de graisse, et une déformation plus ou moins grande des globules du sang ; ils ont noté, en outre, que le sang est plus noir, moins fluide qu'à l'état normal, que le sérum est verdâtre et sirupeux, et que les divers éléments chimiques qui entrent dans sa composition ont varié dans leurs proportions respectives. Depuis lors, on a parlé d'une diminution du sérum, d'une augmentation des albuminates et de la fibrine. Une analyse récente de Boutmy indique une augmentation énorme de la quantité de la graisse (5,064 pour 1000) et de l'hématine (11,428 pour 1000). Ces accumulations sont, sans nul doute, dues à la suppression des sécrétions normales de la peau ; certains auteurs veulent que, lors de la naissance des tubercules, le sang redevienne normal ; mais c'est là un point qui reste encore à éclaircir.

Dans le système lymphatique les ganglions, à une période avancée de la maladie, s'hypertrophient et se ramollissent. J. D. Larrey a le premier signalé l'engorgement et l'hypertrophie des ganglions mésentériques. Notons aussi, en passant, que les ganglions du cou et de l'aine, du coude ou de la région sous-maxillaire peuvent augmenter de volume au point de former, en ces ré-

gions, de véritables tumeurs, atteignant quelquefois la dimension d'un œuf de poule.

Les reins et les capsules surrénales sont presque toujours altérés à une période un peu avancée de la maladie. Les reins, d'abord hypérémiés, ne tardent point à se laisser envahir par les éléments de formation nouvelle qui s'accumulent dans tous les organes. Parfois la capsule propre est soulevée par des tubercules qui font saillie au-dessous d'elle, ou bien ces mêmes tubercules, après avoir ulcéré la capsule, adhèrent si intimement à celle-ci sur leurs bords, qu'on ne peut l'en séparer sans enlever avec elle des débris du parenchyme rénal. Enfin la surface entière du rein peut être convertie en une masse lardacée de couleur jaune blanc, qui ne laisse plus distinguer les diverses couches élémentaires de l'organe. Altérations de néphrite chronique, de néphrite interstitielle, de néphrite parenchymateuse, si bien représentées par Rayer dans son atlas, telles sont les lésions microscopiques que l'on observe dans ces cas. Il n'est point étonnant qu'alors l'urine, examinée au microscope, offre des débris épithéliaux ainsi que des *tubuli*, et que l'analyse chimique y démontre, pendant la vie, la présence d'une quantité d'albumine parfois très considérable. Quant aux autres modifications à noter dans l'urine, à part les changements de coloration et d'odeur (*odor hircinus*) indiqués par les auteurs anciens, nous avons encore à mentionner d'avance une diminution notable dans la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, phénomène dû, comme tous les autres du même genre, aux modifications profondes qu'éprouve la fonction sécrétoire de l'organe.

Les calices, les bassinets et les uretères peuvent se trouver remplis d'une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse; mais leurs parois ne paraissent pas contenir de tubercules.

Il n'en est pas de même de la vessie, dont la couche moyenne semble prédisposée à la formation de noyaux tuberculeux. On trouve également quelques-unes de ces tumeurs disséminées çà et là à la surface externe de cet organe, plus spécialement à la région que recouvre le péritoine, et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; ce sont de petites masses dures, d'un aspect jaunâtre ou lardacé à la coupe, et qui sont formées, comme toujours, par une grande agglomération de cellules embryonnaires. Enfin n'oublions pas que la surface interne de la vessie peut être affectée des taches et des ulcérations que nous avons signalées sur les muqueuses d'une façon générale.

Chez l'homme, l'appareil génital est sujet, du côté de la peau des bourses et de la verge, à l'apparition de nombreux tubercules, en raison même de la laxité de l'enveloppe tégumentaire et du nombre de ses glandes. C'est, avec la face, le nez et les oreilles, un des organes le plus vite attaqués. La tunique vaginale du testicule ainsi que l'albuginée peuvent se trouver épaissies et indurées, (Virchow).

Le testicule est aussi plus ou moins compromis d'habitude; en certains cas il est petit, dur, et présente comme des rétractions cicatricielles. A la coupe, la substance de cet organe se trouve fortement colorée en gris brun. De ces rétractions cicatricielles partent des faisceaux tendineux, renfermant de petits foyers dont le contenu est jaune et mou. Kobner a vu, chez un lépreux, sur la queue de l'épididyme, une masse caséeuse, mais sans y attacher d'autre importance.

Nous ne connaissons point de lésion du côté du canal de l'urèthre, ni du bulbe, ni du cordon; Danielssen et Bœck indiquent un certain degré de dilatation des vésicules séminales.

Chez la femme, les parties génitales externes sont,

comme chez l'homme, le siège de nombreux tubercules; le mont de Vénus, les grandes et les petites lèvres, plus ou moins affectés, ont pu faire admettre par certains auteurs la contagion directe de la lèpre par le rapprochement sexuel.

L'utérus est lui-même fréquemment affecté de ces tumeurs, qui sont alors intra-utérines, sous-péritonéales ou intermusculaires.

« Non seulement les surfaces externes de l'ovaire, ainsi que de la matrice, sont garnies des tubercules mentionnés; mais encore à la surface interne de la matrice se présente une infiltration inégale de matière tuberculeuse qui s'étend dans la substance même, et l'on rencontre aussi dans les trompes de Fallope un dépôt de cette nature en forme de rosaire » (Danielssen et Bœck, p. 226). Pour les altérations histologiques de l'ovaire, elles sont, sauf la différence des tissus, à peu près les mêmes que celles qui se présentent dans le testicule Les follicules de de Graaf ont disparu, en sorte que la fécondation devient impossible.

5° *Organes des sens.* — Les organes de la vision sont toujours plus ou moins malades, parfois même détruits en totalité. Ces lésions ont attiré l'attention de tous les observateurs, nous y reviendrons en parlant des symptômes; mais nous signalerons particulièrement sur ce point les recherches de deux médecins norwégiens, les docteurs Bull et Hansen (1). Les paupières sont gonflées, épaissies; leur bord libre est parfois le siège d'indurations tuberculeuses à la suite desquelles les cils tombent; la peau qui recouvre les paupières est dure, rigide, sans élasticité, en sorte que, si la maladie vient à envahir la conjonctive, il se produit bien vite un ectropion, assez semblable, comme on le voit, aux ectropions causés par

(1) Bull and Hansen, *The leprous Diseases of the Eye*. Christiania, 1873.

une cicatrice vicieuse de la peau des parties voisines. L'ouverture palpébrale est plus ou moins déformée : d'ordinaire elle tend à prendre une forme moins allongée, presque circulaire, en supprimant une partie du champ oculaire au moyen d'adhérences contractées avec la sclérotique. Par suite, les points lacrymaux sont plus ou moins affectés : tantôt ils sont détruits, tantôt ils sont seulement éloignés du globe oculaire. Dans les deux cas, le passage des larmes n'a plus lieu par le canal lacrymonasal; de là, accumulation des larmes dans le sillon inférieur de la conjonctive, où il faut les essuyer avec soin, sans quoi elles coulent sur la joue et y déterminent un érythème. D'autres fois, la lésion porte sur la glande lacrymale et en altère la sécrétion, qui est parfois alors supprimée; il en résulte des conséquences très graves : l'œil, n'étant pas suffisamment humidifié, se dessèche peu à peu des couches superficielles vers les couches profondes, et l'on peut constater, au bout de peu de temps, la perte complète de l'organe. Dans les deux éventualités que je viens d'indiquer : suppression du cours des larmes par les voies lacrymo-nasales, ou suppression de la sécrétion lacrymale, le malade éprouve toujours un sentiment de sécheresse du côté de la muqueuse des fosses nasales, et cette altération de la muqueuse de Schneider entraîne forcément avec elle des troubles du côté du sens de l'odorat; nous y reviendrons.

La sclérotique est hypérémiée dans les premiers temps de la maladie. Cette hypérémie peut être générale ou partielle. Dans le premier cas, quand la fluxion est très étendue, on voit autour de la cornée un bourrelet rougeâtre, saillant, au fond duquel apparaît la membrane transparente, jusqu'alors intacte; il y a donc un chémosis plus ou moins développé. D'autres fois, en cas d'hypérémie partielle, on voit çà et là des traînées de

vaisseaux dont l'origine peut être due à la présence d'une ulcération ou d'un tubercule. Enfin, des vaisseaux peuvent s'avancer jusqu'au bord externe de la cornée, et y donner lieu, soit à de la kératite vasculaire, soit même à un pannus. Danielssen et Bœck font dériver les affections du globe oculaire lui-même de la naissance et du développement de tubercules lépreux; mais elles peuvent exister indépendamment des tubercules, ainsi que cela résulte des observations de Bull et Hansen.

La sclérotique peut être envahie, dans sa totalité, par une coloration d'un blanc sale; en un point voisin de la cornée, apparaît une tache, d'un gris jaunâtre, qui tend à s'accroître; elle entraîne, sur la sclérotique voisine, la formation d'un lacis vasculaire; peu à peu, elle fait saillie au-dessus des deux membranes voisines, en s'étendant sur la cornée, où elle prend une couleur sombre. Déjà, à cette période, la tache est indurée et a l'aspect d'un tubercule, elle envahit graduellement la cornée dans toute son épaisseur et sur toute sa surface; elle est brunâtre, dure au toucher. Mais bientôt elle pénètre dans la chambre antérieure et va contracter des adhérences avec l'iris, qu'elle déforme. Alors le tubercule se ramollit et donne naissance à une matière d'un blanc jaunâtre qui envahit la chambre antérieure; la cornée est repoussée en avant et forme une saillie que les paupières ne parviennent pas toujours à recouvrir.

La cornée est parfois le siège d'un dépôt plus ou moins opaque, qui persiste ou qui disparaît avec le temps. Lorsqu'on examine au microscope ces dépôts disséminés çà et là, parfois sous la forme de kératites ponctuées, situées à des divers degrés de profondeur de la cornée, on aperçoit au-dessous de l'épithélium cornéen, d'après Bull et Hansen, des cellules arrondies, du volume d'un globule blanc du sang, ou plus petites encore, d'une coloration brunâtre ou jaune; ce sont des éléments

opaques ou finiment granulés, dont l'accumulation se fait principalement le long des vaisseaux. En général, cette forme de kératite s'accompagne d'iritis.

Mais il peut arriver que la tache sclérotico-cornéale ne suive pas tout le développement que nous avons indiqué ; elle reste stationnaire à l'état de tache et ne s'étend pas en profondeur dans le globe oculaire. Alors, au bout d'un certain temps, en un point quelconque de l'iris, apparaît une tache qui se développe comme un tubercule et remplit exactement de la même matière tuberculeuse la chambre antérieure ; à la loupe, on aperçoit des filaments exsudatifs qui partent de l'uvée et s'étendent jusqu'à la capsule cristallinienne. Puis le tubercule envahit la chambre antérieure, sous la forme d'un gros pois qui fait saillie au-dessous de la cornée. Mais il est rare que ce tubercule se ramollisse et donne lieu à un hypopyon, susceptible de détruire l'œil.

L'iritis primitive est peu commune ; mais elle se présente plus souvent dans la forme tuberculeuse que dans la forme anesthésique. Les milieux de l'œil deviennent opaques avec le progrès de la maladie, et la rétine s'affecte enfin, mais après des lésions secondaires graves de l'iris.

Quant aux altérations des parties plus profondes de l'œil, Lamblin n'a encore noté, à ce sujet, qu'un peu de congestion de la papille normale, et une légère dépigmentation de la choroïde.

La muqueuse de Schneider est également le siège de tubercules et d'ulcérations. Ces lésions peuvent se montrer sur les parois latérales et alors intéresser les cornets et les os du nez, ou se développer sur la paroi médiane, l'ulcérer et la détruire ; en ce cas, le nez s'affaisse. Lorsqu'elles apparaissent sur la paroi inférieure, on les voit ulcérer le plancher des fosses nasales, la voûte osseuse du palais, et faire largement communiquer les premières

voies respiratoires et digestives. En même temps, ces ulcères lépreux sécrètent une sanie âcre et d'une odeur très désagréable. D'autres fois, ces produits de sécrétion se concrètent en croûtes jaunâtres, épaisses, sèches, pouvant acquérir une grande consistance, et dont l'accumulation, jointe à un certain degré de rétrécissement des organes, peut aller jusqu'à obstruer entièrement le passage de l'air par les voies ordinaires.

La langue porte souvent des tubercules dont le développement est exactement semblable à celui des tubercules de la peau; mais ils s'ulcèrent plus facilement, en raison de leur revêtement épithélial plus délicat et du passage incessant des aliments. Par places, on aperçoit des surfaces arrondies privées de papilles et laissant s'énucléer des petits amas de matière tuberculeuse, à la place desquels il reste de légers enfoncements anfractueux. Au microscope, même disposition qu'à la peau, tractus de cellules embryonnaires ayant presque effacé et détruit le tissu conjonctif; en même temps les fibres de la langue éprouvent une dégénérescence granulo-graisseuse. On comprend qu'avec ces phénomènes, le goût soit plus ou moins altéré et que la prononciation des mots devienne un peu plus difficile. Comme nous l'avons déjà dit, les lésions de la base de la langue s'étendent presque invariablement à l'épiglotte et au larynx. « Le laryngoscope, entre les mains de Moura-Bourouillou, et l'examen microscopique ont fait constater sur le larynx des lésions en tout semblables à celles de la peau. Ce sont d'abord des changements de coloration faciles à apercevoir sur les cordes vocales, qui, normales, ont une coloration si caractéristique. A ces taches succèdent des tubercules ou granulations tuberculeuses qui peuvent ressembler, à une certaine époque de leur évolution, à des papules syphilitiques, mais qui en diffèrent par leur vascularisation plus grande ; quelquefois, elles prennent le caractère d'une

infiltration grisâtre déformant les cordes vocales » (Lamblin).

L'oreille est plus ou moins déformée; son lobule s'atrophie et la conque prend une forme arrondie. Le pavillon est parsemé le plus souvent de tubercules durs; c'est, on le sait, une des premières régions envahies, en raison de sa grande vascularité et des nombreux follicules sébacés qu'elle renferme dans son épaisseur.

6° *Séreuses.* — Les séreuses articulaires deviennent assez rapidement malades, spécialement dans la forme qu'on a appelée lèpre mutilante; les orteils, les doigts des mains, parfois même des membres entiers sont séparés du reste du corps, et cette séparation se fait au niveau des surfaces articulaires. Hjaltelin est le seul auteur qui ait essayé, bien incomplètement encore, il est vrai, d'exposer le procédé morbide qui préside à cette disjonction. « Il s'élève, dit-il, à la face interne des doigts et des orteils, surtout près des articulations, des crevasses (rhagades) profondes, transversales, à bords durs et couenneux; ces ulcères détruisent plus tard les ligaments aux bords, tant capsulaires que latéraux, d'où résulte la chute des articulations l'une après l'autre, jusqu'à ce que tous les orteils et les doigts aient définitivement subi le même sort, ce qui a coutume d'arriver sans la moindre hémorrhagie. »

Parmi les grandes séreuses viscérales, le péricarde s'est montré recouvert çà et là de taches, épaissi et induré; parfois aussi, par suite d'adhérences, la cavité de la séreuse a été plus ou moins effacée. Dans un cas soumis à mon observation, la mort a été le résultat d'une péricardite, et, à l'autopsie, j'ai trouvé les deux surfaces du péricarde parsemées de fausses membranes épaisses et la cavité péricardique remplie d'un liquide séro-sanguin. La forme hémorrhagique de la maladie était d'ailleurs suffisamment expliquée par l'état de faiblesse

extrême du malade au moment où se développa l'inflammation séreuse.

La plèvre est plus souvent affectée que le poumon qu'elle recouvre; d'après Danielssen et Bœck, les pleurésies lépreuses ne sont pas rares. Là, on rencontre la maladie à diverses périodes de son développement; sur la plèvre diaphragmatique, ce sont ordinairement de simples taches, tandis que la plèvre pulmonaire est épaissie, séparée par des tubercules du tissu pulmonaire sous-jacent, ou adhérente à la plèvre costale; celle-ci offre même des tubercules et des ulcères superficiels capables de prendre une grande extension. Entre les feuillets de la séreuse, il peut se faire une adhérence telle que la cavité s'en trouve effacée; on y rencontre un grand nombre de granulations tuberculeuses, et l'on ne saurait, sans l'aide du bistouri, détacher l'une de l'autre les deux surfaces de la séreuse.

Le péritoine lui-même se trouve envahi en totalité ou en partie. De place en place, entre les anses intestinales, au-dessous de la couche sous-péritonéale, il se fait un amas de matière tuberculeuse, et ce fait donne lieu à des adhérences multiples. Comme nous l'avons indiqué déjà plus haut, les ganglions mésentériques sont engorgés et ramollis. Les épiploons ont été trouvés, par Danielssen et Bœck, convertis en une masse d'un jaune blanc, dure et granuleuse.

Les autres séreuses ont été déjà étudiées au point de vue pathologique en même temps que les organes qu'elles enveloppent.

7° *Système nerveux.* — Jusqu'ici les auteurs s'accordent à dire que les centres nerveux, cerveau, protubérance, bulbe, n'ont jamais présenté aucune lésion connue. De nouvelles recherches sont nécessaires dans ce sens, quoique Danielssen et Bœck ne signalent aucune autre altération que l'épaississement des membranes pro-

tectrices de l'encéphale et la présence d'un épanchement séreux dans les ventricules.

Il n'en est plus de même, si nous considérons la moelle : là nous trouvons signalée dans l'arachnoïde une plus grande quantité de sérosité qu'à l'ordinaire (Rayer) (1), en même temps qu'une légère injection de la pie-mère (Hjaltelin). L'épanchement séreux de la cavité arachnoïdienne fait adhérer fortement entre elles l'arachnoïde et la pie-mère ; il est circonscrit, borné à la région cervicale ou à la région lombaire, moins souvent à la région dorsale, et il siège principalement à la partie postérieure de la moelle, recouvrant parfois les racines postérieures des nerfs spinaux. Les veines de la surface postérieure de la moelle sont gorgées de sang, et, peu à peu, avec les progrès de la maladie, il se fait aussi une exsudation séreuse entre la dure-mère et l'arachnoïde ; le feuillet de cette dernière accolé à la pie-mère peut devenir lui-même assez épais pour ressembler à la membrane fibreuse. La substance médullaire est aussi profondément modifiée : elle est endurcie, sclérosée aux points où siégeait l'exsudation albumineuse : la moelle crépite sous le couteau, et elle a comme une consistance cartilagineuse ; la substance grise est devenue d'une couleur jaunâtre. Il y aurait, d'après les médecins suédois, une raréfaction des cellules de la substance grise, et une dilacération des filets nerveux primitifs, surtout dans les points sclérosés.

Lorsque l'exsudation environne certaines branches postérieures des nerfs, les plexus axillaire et ischiatique et quelques nerfs sont parfois atrophiés, mais seulement dans leur portion située à l'intérieur du canal vertébral.

Les nerfs crâniens, à leur origine, sont parfois plongés dans cette espèce de gangue que nous venons de signaler

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 335.

autour de la moelle : ce sont principalement les cinquième, sixième, septième et huitième paires de nerfs. Le ganglion de Gasser a particulièrement attiré l'attention des observateurs ; on y observe, comme à la moelle, une exsudation séro-albumineuse épaisse et opaque, ayant collé ensemble les filets nerveux du ganglion.

Les nerfs de la peau ont subi une atteinte profonde ; on y observe les lésions histologiques de la périnévrite chronique. Virchow indique que, dans ce cas, on aperçoit une prolifération de tissu nouveau qui siège dans l'intervalle des tubes nerveux, et également dans le névrilème, qui est fort épaissi ; les vaisseaux y sont également dilatés (1). A l'œil nu, la tuméfaction des nerfs peut former des renflements et des étranglements par places, ou des sortes de chapelets. Les mêmes lésions s'observent également sur les nerfs du tissu cellulaire sous-cutané, sur ceux des organes et des viscères. Mais, au lieu d'une périnévrite chronique, on peut rencontrer aussi parfois, au microscope, les lésions de la sclérose, et à l'œil nu, l'atrophie et l'endurcissement des nerfs.

L'étude des altérations du grand sympathique est peu avancée : nous nous bornerons à dire que Danielssen et Bœck ont trouvé le ganglion cœliaque malade, converti en une masse homogène, ne laissant plus trace de sa structure et de sa continuation avec les nerfs splanchniques.

Ces lésions du système nerveux sont bien insuffisantes pour expliquer les symptômes et les altérations de nutrition qui sont probablement sous la dépendance du trouble des fonctions nerveuses ; il est évident qu'il doit y avoir des altérations, surtout dans la partie des centres nerveux chargée des fonctions trophiques, et il est à

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, trad. par Aronssohn. Paris, 1867, t. II.

penser que le moment n'est pas éloigné où des recherches anatomo-pathologiques plus exactes et plus minutieuses viendront combler cette lacune dans l'histoire de l'éléphantiasis.

Maintenant que nous avons étudié avec soin les lésions multiples causées par la lèpre, voyons si nous pourrions tirer quelques conclusions au point de vue de la physiologie pathologique.

Ici l'expérimentation vient nous apporter son concours. Les beaux travaux de Charcot sur les lésions traumatiques des nerfs nous ont fait voir qu'à la suite de tiraillements, déchirures, brûlures, etc., d'un nerf cutané, on peut voir apparaître, à la surface de la peau innervée par ce filet nerveux, des vésicules ou des bulles (éruptions zoniques ou pemphigoïdes); le caractère de ces éruptions est d'être brusque et de se montrer à l'endroit même innervé par le nerf; puis vient une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, à la suite de taches sur l'enveloppe cutanée; enfin la peau s'épaissit; elle devient lisse, pâle et comme anémique (*glossy-skin* des chirurgiens anglais).

N'est-ce pas ce qu'on observe dans la lèpre? A la peau, des taches anesthésiques, l'apparition de vésicules ou de bulles qui laissent des ulcérations lentes à se cicatriser; puis cessation des fonctions des glandes, suppression de la sueur, de la sécrétion sébacée, décoloration, enfin chute des poils et des ongles. Et pour expliquer ces altérations cutanées, les lésions d'une névrite, de la sclérose et l'atrophie des nerfs; la lésion gagne la moelle épinière, et de là revient sur les gros nerfs des muscles qui s'atrophient, et sur ceux des organes qui, comme le foie, se congestionnent d'abord, pour finir ensuite par s'atrophier.

Pour compléter l'histoire des altérations anatomiques de la lèpre, je dois ajouter que le docteur Armauer Han-

sen (de Bergen, Norwège), a trouvé dans la lèpre une production parasitaire spéciale, un bacille, assez semblable à celui de la tuberculose, mais plus uniforme et plus rectiligne. Ce parasite se trouve en grand nombre répandu dans les tubercules, dans les ganglions lymphatiques, dans les vaisseaux, dans les glandes, dans les poils et dans les divers organes des lépreux. Il se colore par les mêmes procédés que le bacille de la tuberculose ; on peut distinguer toutefois ces deux micro-organismes en ce que le bacille de la lèpre est plus droit, et qu'il résiste davantage à la décoloration par l'acide azotique. S'il s'agit, par exemple, de distinguer les bacilles de la lèpre et de la tuberculose siégeant ensemble dans un poumon, on colorera les coupes pendant une demi-heure par la fuchsine simple, puis on décolorera à l'aide de l'acide et les bacilles de la lèpre resteront seuls colorés ; d'ailleurs, les bacilles lépreux sont toujours trouvés en très grand nombre dans les tissus où ils existent ; ils sont clairsemés dans les productions tuberculeuses. Ces micro-organismes spéciaux se rencontrent toujours dans la lèpre tuberculeuse ; on avait nié leur existence dans la lèpre anesthésique et maculeuse, mais leur présence a été signalée dans les tendons, dans les nerfs, par Babès, par Muller et par Arning ; toutefois, dans cette forme de la maladie, les bacilles peuvent manquer, et, lorsqu'ils existent, ils sont en petit nombre, tandis que dans la lèpre tuberculeuse, on les rencontre par myriades, et tous les tissus en sont imprégnés (1).

Symptômes. — Je vais essayer de donner une idée générale de la lèpre, comme entité morbide, puis nous reviendrons sur les caractères et les modifications qu'éprouvent les deux grandes formes admises par les auteurs, la lèpre tuberculeuse, forme commune, et la lèpre anesthésique, forme plus rare.

(1) Cornil et Babès, *les Bactéries*, 2e édit., 1886, p. 758.

Les efforts des auteurs modernes se sont concentrés sur une sorte de synthèse de la lèpre, synthèse qui consiste à en réunir tous les symptômes dans un certain nombre de stades ou périodes. Bien qu'on puisse penser, à l'exemple de Danielssen et Bœck, qu'une pareille manière de faire jette une certaine confusion, en faisant reparaître, dans une période, un signe déjà décrit à la période précédente, je reviendrai, en traitant de la marche de la maladie, sur cette division en stades, aujourd'hui généralement admise par les auteurs, et dont la meilleure était, sans contredit, celle qu'avait imaginée Fuchs (prodromes, éruption, déformation, ulcération).

Y a-t-il ou non des prodromes dans la lèpre? Danielssen et Bœck en admettent l'existence; Bazin la nie, cependant il confesse que certains troubles digestifs, des frissons, des douleurs vagues peuvent affecter les lépreux pendant un temps plus ou moins long avant l'apparition évidente de la maladie.

Mais, en dehors de ces troubles variés, de la fièvre, du gonflement des glandes, de la lassitude et de la somnolence, c'est dans les signes prodromiques que les médecins suédois font rentrer l'étude de divers exanthèmes, il est vrai d'après l'autorité des médecins de l'antiquité, et en faisant ressortir que ce sont plutôt des symptômes réels que des signes précurseurs. Ces exanthèmes seraient les suivants : 1° des macules non saillantes, ou peu élevées au-dessus de la surface de la peau, ou déprimées au-dessous, et variant de couleur du brun, du rouge et du blanc au bleu et au noir; 2° des élévations acuminées, analogues à de l'acné; 3° des éruptions impétigineuses, avec croûtes et squames, accompagnées de démangeaisons vives. On accordait autrefois une grande importance à ces éruptions du début, et l'on voulait alors que la forme de ces exanthèmes indiquât d'avance la variété de la lèpre.

La peau éprouve des modifications dans sa coloration, dans sa consistance et dans son épaisseur. Au début de la maladie, elle est parsemée, çà et là, de taches de diverses couleurs. Ces taches, qui se montrent d'abord à la tête, sur le front, sur les joues, sur les ailes du nez, offrent ce double caractère, d'être passagères dans les premiers temps, c'est-à-dire qu'elles s'effacent sur le visage avant d'apparaître au tronc et aux membres, et, en second lieu, avec les progrès de la maladie, de devenir permanentes, le plus souvent dans leur lieu d'apparition primitive. Elles font d'abord peu de saillie au-dessus des parties voisines; mais, plus tard, elles s'engorgent et dépassent légèrement le niveau de la peau environnante. Elles n'existent d'abord qu'à l'état de macules, mais quelquefois elles peuvent affecter la forme vésiculeuse, ou même la forme bulleuse; c'est ainsi que la lèpre peut présenter, dans ses premiers temps, de véritables éruptions, analogues en tous points à l'eczéma, au zona, et même au pemphigus. Les vésicules ou les bulles rompues, il reste des taches blanches ou des ulcérations plus ou moins profondes, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, et sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

Les taches cutanées de la lèpre ont, avons-nous dit, des colorations diverses. Tantôt elles sont grisâtres, fauves, jaunes, brunes, d'une teinte bronzée, ou plus ou moins noirâtre (Devergie). D'autres fois les taches sont rosées ou rouges, et même de couleur lie de vin; cet état tient à l'altération des vaisseaux cutanés. Enfin elles apparaissent aussi sous un aspect parfaitement blanc et sont décolorées; elles donnent, comparées aux parties voisines et saines de la peau, l'idée parfaitement plausible du vitiligo, et il n'y a que la connaissance exacte de leur insensibilité dans la lèpre, qui saurait permettre d'affirmer le diagnostic dans un cas douteux. C'est là, du reste, la forme décrite sous le nom de *lèpre des Hébreux* (*Leuce*).

Peu à peu sur ces taches ou en dehors d'elles, apparaissent des tubercules durs, blanchâtres, jaunâtres ou rougeâtres, qui finissent par s'ulcérer. C'est principalement à la figure et sur les mains qu'on les voit apparaître, parfois en nombre très considérable. D'ordinaire isolés et variant du volume d'une lentille ou d'un pois à celui d'une noisette, ils peuvent, par la réunion de plusieurs d'entre eux, acquérir une dimension beaucoup plus considérable. Ils ont une forme circulaire, hémisphérique, avec une base indurée. Telle est la variété de tubercules décrite par Bazin sous le nom de tubercules dermoïdes. A côté de cette variété se trouve une induration mal limitée dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, formant des saillies plus vastes et moins bien limitées. Au visage, cette tuméfaction, qui acquiert parfois un développement énorme, peut déformer les traits au point que la tête d'un malade ressemble plus ou moins à celle du lion (forme léontiasique des anciens). Aux mains et aux pieds, il existe fréquemment une infiltration sous-cutanée, qui donne à ces parties une apparence d'embonpoint contrastant le plus habituellement avec la maigreur du reste du corps. Cette espèce d'œdème des mains est souvent un des premiers symptômes qui viennent révéler l'existence de la maladie.

Tant que les tubercules sont intacts, ils sont fermes, résistants, en présentant toutefois une certaine élasticité; ce n'est que quand ils sont en voie de destruction, ou quand le travail ulcératif est sur le point de se déclarer, qu'ils deviennent mous et fluctuants. Ce travail d'ulcération est lent ou bref; il se montre sur certains tubercules et en épargne certains autres. Lorsque la matière tuberculeuse qui les infiltre vient à se résorber, comme c'est par le centre que ce processus s'opère, ces tumeurs ont un aspect ombiliqué.

Les ulcérations de la lèpre succèdent donc à la fonte

des tubercules, fonte qui peut quelquefois n'être pas spontanée, et qui peut résulter de coups, d'excoriations, ou d'autres lésions extérieures. Elles ont une forme variable ; leur dimension est parfois très grande, quelquefois assez restreinte. Les bords sont taillés à pic, indurés, déchiquetés ou festonnés, et même ils peuvent être décollés, comme ceux des ulcères scrofuleux. Suivant leur siège et leur ancienneté, les ulcérations sont plus ou moins profondes, avec une teinte qui varie du pâle au rouge livide. Elles laissent écouler une sanie sanguinolente d'une grande fétidité. Elles donnent lieu, par le desséchement de leurs produits, à la formation de croûtes épaisses, d'un vert noirâtre, qui s'accroissent par leur base, et laissent sourdre du pus quand on vient à presser sur elles. C'est dans l'épaisseur de ces croûtes que Danielssen et Bœck disent avoir trouvé des acares, et, c'est en se fondant sur ce fait qu'ils ont voulu établir une nouvelle variété de lèpre ; mais c'est surtout chez des gens du peuple, peu soucieux des soins de propreté, que l'on a rencontré des acares appartenant à une gale qui n'existait là que comme une simple complication. Chez les quelques malades que nous avons eu occasion de voir à Paris, et qui appartenaient, en général, à des classes de la société habituées à se tenir proprement, nous n'avons jamais constaté la présence de ces parasites. La durée de ces ulcérations tuberculeuses varie de quelques jours à plusieurs mois. La guérison, qui est longue, rare et difficile, se fait par un tissu inodulaire, qui peut, par la suite, et par multiplication, donner lieu à une kéloïde.

Le début de la spédalskhed est tantôt lent, et c'est le cas le plus fréquent, tantôt brusque, et annoncé par un mouvement de fièvre, mais sans un type bien marqué. « Le visage se tuméfie, surtout autour des yeux, ainsi que les paupières, les sourcils ; il en est de même de la partie externe des oreilles ; la peau du front est distendue, les

rides s'aplanissent, et cette peau même devient luisante, comme si elle était frictionnée avec une substance adipeuse, ce qui était réputé au moyen âge comme un signe assuré de lèpre » (Danielssen et Bœck).

On voit également apparaître du gonflement dans certains ganglions ; Adams, à Madère, l'a signalé sur les ganglions de l'aine, Touzier, de l'île Bourbon, sur diverses parties du corps ; depuis, on l'a noté sur les ganglions de l'aisselle, sur les ganglions du cou; il peut avoir lieu sur les ganglions lymphatiques de toutes les parties du corps.

On observe également, du côté de la peau, des symptômes qui sont sous l'influence d'une altération nerveuse. La peau qui recouvre les tubercules et celle où l'on aperçoit des taches présentent des troubles de sensibilité; tantôt, et le moins souvent, la sensibilité est augmentée, c'est-à-dire qu'il y a de l'hyperesthésie; tantôt, au contraire, fait le plus commun, on observe de l'anesthésie.

L'hyperesthésie avait été méconnue par les anciens. C'est Rayer qui l'a signalée d'une manière expresse, quand déjà Gilbert avait indiqué une susceptibilité particulière de l'enveloppe cutanée à l'action du froid. L'insensibilité n'avait point échappé aux auteurs anciens, les médecins arabes la connaissaient, et autrefois c'est en piquant la peau qu'on prétendait distinguer la gravité de la maladie. Dans les cas rares où l'on obtenait une guérison, c'est sur le degré de l'insensibilité qu'on se basait pour juger des progrès acquis, et à l'époque où il était difficile de diagnostiquer la lèpre au début, l'insensibilité de taches cutanées avait une très grande importance. Plusieurs fois on a noté que la sensibilité perdue pouvait reparaître, et cette remarque a été faite par Hensler et d'autres auteurs; nous-même en avons vu des exemples. Le plus ordinairement il existe simultanément de

l'anesthésie, c'est-à-dire de l'insensibilité au contact, de l'analgésie, et de la thermo-anesthésie. Ces altérations de la sensibilité sont souvent, pour les malades, une cause d'accident; on les a vus se brûler, se blesser dans les parties insensibles, sans s'en apercevoir, et sans que la douleur ordinaire leur permît de se soustraire à l'action du corps vulnérant.

La décoloration des cheveux et des poils suit l'anesthésie de la peau. Contrairement aux assertions de Schilling (1), ces organes ne suivent pas les mêmes changements de couleur que la peau, et ne deviennent pas gris sombre, fauves, rouges comme elle. Leur décoloration absolue n'a lieu, en général, qu'à une période assez avancée, et quand tout le système cutané a déjà subi une modification sensible. La croissance des poils et des cheveux semble retardée, puis anéantie, quand l'individu est arrivé à l'âge adulte. Lorsque, au contraire, la lèpre a envahi un jeune sujet, plus tard il n'aura point de barbe, ni de chevelu du côté des organes génitaux. Les poils qui deviennent malades sont secs, cassants, rugueux, parsemés de renflements et de resserrements en forme de chapelets; ils se fendent à leur extrémité et se brisent. Lorsqu'on les arrache, ils n'amènent pas avec eux le bulbe du poil. Non seulement d'ailleurs, les poils sont altérés dans leur coloration et dans leur aspect, mais ils tombent, souvent pour ne jamais revenir, et il en résulte en différentes régions, principalement à la face, une alopécie complète ou incomplète, partielle ou générale. Nous verrons comment ces annexes de la peau se comportent dans chacune des formes de la maladie.

Les ongles tombent; ou ils sont épaissis, ou ils sont amincis, puis ils peuvent être perforés par la présence de tubercules sous-unguéaux. Ce travail morbide a été signalé à propos de l'anatomie pathologique.

(1) G. G. Schilling, *De lepra*, diss. Trajecti ad Rhenum, 1779.

L'œil est le siège de phénomènes importants. Le premier trouble consiste dans une vascularisation plus grande de tous les tissus; on voit sur la conjonctive et sur la cornée de nombreux vaisseaux dilatés, variqueux, qui souvent se réunissent et donnent lieu à la lésion décrite sous le nom de pannus. Les tubercules des paupières envahissent de proche en proche le bord libre de celles-ci et la conjonctive. Ils donnent lieu à des blépharites ciliaires, à des conjonctivites, à des kératites, et même à des altérations des milieux de l'œil. La cornée se trouve envahie à son insertion scléroticale; parfois elle est le siège de fongosités exubérantes. L'iris s'affecte primitivement, ou consécutivement. La cornée peut se dépolir, s'ulcérer et l'œil peut se vider. Par suite de ces altérations, la vue se trouve plus ou moins affaiblie, quelquefois même elle est tout à fait abolie.

L'ouïe peut être altérée ou supprimée par l'accumulation de tubercules dans le conduit auditif externe, par le resserrement et la cicatrisation de ce conduit.

Le goût est singulièrement modifié; certains auteurs prétendent que les lépreux ressentent dans la bouche un goût salé. Les lésions dont la langue est le siège, les ulcérations, les tubercules qui effacent et détruisent les papilles, suffisent à expliquer les altérations de cette fonction.

La bouche est envahie de bonne heure par des tubercules et par des ulcérations que l'on aperçoit sur les joues, sur les lèvres, à la langue, sur la voûte palatine, sur le voile du palais et sur les amygdales; les gencives sont rouges et saignantes, l'haleine devient fétide et on observe parfois une abondante salivation.

La voix est souvent enrouée, dure, dissonante, moins forte qu'à l'ordinaire, en raison des altérations qui siègent sur les cordes vocales, sur le voile du palais et sur la luette.

La respiration est difficile, d'abord parce que la muqueuse de Schneider est malade, et parce qu'il peut y avoir un degré de rétrécissement plus ou moins prononcé des fosses nasales; puis l'ulcération, qui ne siège le plus ordinairement que sur la muqueuse nasale, peut s'étendre plus profondément et attaquer les cartilages et les os; le nez s'affaisse, ce qui rend difficile le passage de l'air; à la suite de ces désordres, on voit se produire de fréquentes épistaxis. En outre, l'accumulation de produits morbides aux environs ou au niveau du larynx peut gêner la respiration et causer de la dyspnée; ces phénomènes peuvent aller jusqu'à produire l'asphyxie.

La digestion est assez normale au début; plus tard il se présente des éructations, des nausées, des vomissements. Plus tard encore, par suite du gonflement et de l'ulcération des plaques de Peyer, il y a souvent des coliques et de la diarrhée. Certains auteurs signalent, à propos des symptômes digestifs, une faim et une soif particulières.

L'urine est pâle, et se trouble vite au contact de l'air; ses altérations ont été peu étudiées jusqu'à présent; on a noté cependant, chez certains malades, de l'albuminurie et les accidents consécutifs à la néphrite albumineuse.

A mesure que la maladie fait des progrès, les exanthèmes du début persistent d'ordinaire, ou ils sont remplacés par des éruptions pemphigoïdes à petites bulles, dont un caractère très important est leur apparition brusque; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir ces petites bulles apparaître en une nuit. Ce serait, d'après Danielssen et Bœck, un signe diagnostique très important chez les malades qui n'ont encore éprouvé aucune autre manifestation lépreuse. Ces bulles se rompent, et laissent après elles des ulcérations tenaces qui n'ont aucune tendance à la guérison.

A propos des éruptions cutanées, je signalerai égale-

ment l'apparition de taches saillantes, érythémateuses, assez semblables à celles qu'on observe dans les érythèmes papuleux ou tuberculeux. J'ai observé plusieurs fois ces érythèmes aux membres supérieurs et inférieurs, consécutivement à un mouvement fébrile de deux ou trois jours de durée; chez quelques malades, j'ai pu voir ces éruptions papuleuses se reproduire à plusieurs reprises et à des intervalles variés. Dans ces cas, ces éruptions se sont prolongées pendant deux ou trois septénaires, et ont disparu, sans laisser d'autre trace qu'une légère desquamation.

Je dois revenir ici, sur le fait de l'anesthésie et de ses conséquences; après avoir affecté la peau et les muscles, elle s'étend en profondeur jusqu'à envahir les os eux-mêmes, et il peut survenir la perte d'un doigt, d'une main, d'un membre entier, sans que le malade en ait conscience. On peut observer aussi dans les membres de graves altérations, semblables à celles qu'on rencontre dans certaines affections des centres nerveux. C'est ainsi qu'apparaissent des flexions des tendons, donnant lieu à une contracture permanente, principalement aux doigts, des gonflements des articulations, semblables à ces arthropathies signalées dans l'ataxie locomotrice, et même des gangrènes spontanées, survenant dans les doigts, dans les orteils et dans les membres, de manière à amener la séparation totale d'un pied, d'une main, et quelquefois d'une partie plus considérable encore. On peut avec raison rapprocher ces mutilations spontanées des lésions analogues qu'on observe dans la maladie désignée sous le nom de gangrène des extrémités. Dans un cas, comme dans l'autre, il doit y avoir une lésion profonde du système nerveux central, qui préside à ce résultat de l'altération si grave de la nutrition.

La circulation générale est peu troublée; ce n'est qu'avec une complication qu'on observe l'augmentation

de fréquence du pouls ; Rayer avait même indiqué un ralentissement du pouls, qui descendait, d'après lui, à 50 et 40 pulsations par minute. La température de la peau est en général diminuée ; dans d'autres cas, elle est augmentée, surtout au moment des poussées éruptives, et c'est alors que le thermomètre peut monter jusqu'à 40 degrés et plus, fait observé plusieurs fois. Le sang est altéré chimiquement, comme nous l'avons dit ; on y observe peut-être aussi un peu plus de globules blancs que d'habitude et il contient des bacilles.

Les organes génitaux sont affectés assez vite dans les deux sexes ; il se produit une atrophie des testicules et des ovaires. Est-ce sous l'influence du début de ce travail que surviennent chez les malades le satyriasis et la nymphomanie qu'on a observés dans certains cas? Il est cependant des auteurs, parmi lesquels nous citerons Rayer (1) et Adams, qui n'ont jamais rencontré que de la frigidité, au lieu du *libido inexplebilis* indiqué par leurs contradicteurs. Ici doit se placer la question de savoir si les lépreux peuvent se reproduire : quand la maladie a commencé avant l'âge de la puberté, nous n'hésitons pas à dire qu'il y aura impuissance. Mais, quand la lèpre n'est intervenue que plus tard, elle n'enlève pas brusquement aux deux sexes les attributs que chacun possède ; il y a de nombreux exemples de lépreux et de lépreuses ayant eu des enfants. L'atrophie qui envahit les organes, et qui, d'après certains auteurs, s'étendrait aux mamelles chez la femme, peut se trouver compliquée, dans un état avancé de la maladie, de la présence d'ulcérations et de tubercules sur toutes les parties génitales externes. La menstruation semble supprimée chez la majorité des femmes : on comprend ce phénomène, si l'on réfléchit que l'atrophie de l'ovaire entraîne la destruction des vésicules de de Graaf.

(1) Rayer, *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II.

L'intelligence conserve son intégrité jusqu'à la fin; cependant elle peut faiblir pendant la dernière période de la maladie.

Telle est la description générale de la lèpre; mais, ainsi que nous avons pu le laisser entrevoir, la maladie peut se présenter sous deux formes un peu différentes l'une de l'autre, bien que l'on rencontre encore parfois les deux formes associées ensemble. Cazenave et Schedel ont proposé d'adopter l'appellation de la lèpre en hébreu, et de donner à l'entité morbide que nous décrivons le nom de *tsarath;* puis, bien que n'admettant que deux genres de lèpre, et ne voyant qu'une seule et même maladie, mais qui débute de deux façons différentes, ils ont proposé les termes de *tsarath phymatode* (avec tubercules) et *tsarath aphymatode* (sans tubercules). Aujourd'hui l'usage a prévalu de décrire deux formes de lèpre, différenciées, l'une par la présence et le développement des tubercules, forme tuberculeuse; l'autre, dans laquelle prédominent les troubles de la sensibilité, forme anesthésique. J'ai cru devoir adopter cette marche, et je vais indiquer les différences qui légitiment à mes yeux une pareille division, en m'exposant d'ailleurs à des répétitions inévitables.

La forme tuberculeuse, a-t-on dit, a des manifestations essentiellement cutanées. En effet, c'est surtout du côté de la peau que se montrent d'abord les atteintes du mal, et ce n'est qu'à une période beaucoup plus avancée qu'il envahit les organes: on doit ajouter cependant qu'à cette période, les lésions des muqueuses sont au moins aussi graves et souvent aussi fréquentes que celles de la peau.

Le propre de la période prodromique, dans la forme tuberculeuse, est un grand anéantissement physique; le malade a une si grande tendance au sommeil qu'il s'endort en société : il éprouve une telle fatigue que le moindre mouvement est pour lui un travail; son corps devient un

fardeau. Il ressent des frissons légers, des douleurs fugitives, une sensation d'oppression, de la perte d'appétit, des nausées, des vomissements.

Cet état prodromique peut ainsi durer un temps plus ou moins long, quelques semaines ou plusieurs mois, puis l'on voit apparaître, sur la peau du visage, des taches plus ou moins étendues, plus ou moins colorées, plus ou moins saillantes. A ce moment, les signes prodromiques généraux s'amendent. Les taches sont d'abord éphémères : elles s'effacent au bout d'un certain temps, pour reparaître à des intervalles indéterminés, jusqu'à ce qu'elles deviennent persistantes. Elles affectent deux formes distinctes : les unes, petites, arrondies, régulières, varient du rouge au brun ; d'autres, au contraire, plus larges, irrégulières, affectent une coloration noirâtre (*morphée noire*). C'est en général sur le visage, sur les joues, sur les oreilles que se montrent ces taches, qui gagnent ensuite les membres et le tronc, toujours en affectant ce caractère d'apparaître et de disparaître pendant un temps plus ou moins long, pour revenir et se fixer définitivement en leur lieu d'apparition primitive.

Les taches entraînent avec elles une notable modification de la peau, qui cause la chute des poils, en sorte que, comme elles apparaissent d'abord de préférence sur le front et les sourcils, la chute de ceux-ci est une des premières manifestations de la lèpre. Ce fait est considéré en général comme un signe certain de la maladie.

Lorsque ces taches sont depuis quelque temps stationnaires, on voit survenir à leur surface ou à côté d'elles des tubercules ; la peau s'épaissit, elle fait saillie, elle s'indure, elle se colore d'une façon bleuâtre, et voilà un tubercule établi. Ces tumeurs sont isolées ou confluentes ; elles apparaissent lentement et sans douleur, ou un peu plus vite, en produisant à la peau une sensation d'agacement, avec lassitude, malaise général et fièvre. La tumé-

faction s'accroît, la base s'indure, et la maladie peut rester longtemps stationnaire dans cet état. C'est au visage et à la tête que les tubercules se montrent d'abord; au niveau du bord libre de la conque de l'oreille, ils donnent la sensation de grains de plomb qui rouleraient entre les doigts, signe important au point de vue du diagnostic.

La forme des tubercules est variable : arrondis, allongés, saillants, plats, suivant la partie du corps où ils sont situés, et suivant qu'ils subissent, ou non, une pression quelconque, due aux vêtements ou à une autre cause.

D'ordinaire ils se trouvent peu à peu modifiés par des poussées aiguës, irrégulières, d'une durée assez courte, pendant lesquelles le pouls monte à 120, 130 pulsations, et qu'on pourrait prendre, si l'on n'était averti, pour des poussées d'érythème noueux. A chacune de ces éruptions successives, la tuméfaction du tubercule augmente, le dépôt de matière plastique s'épaissit, et la maladie fait des progrès. Toutefois, si l'on voit ainsi certains tubercules augmenter de volume, il en est qui peuvent diminuer et disparaître ; la terminaison la plus fréquente des tubercules est le ramollissement et l'ulcération.

Mais ces ulcérations peuvent aussi venir spontanément, sans avoir été précédées de tubercules, et succéder directement aux grandes taches irrégulières, noirâtres, qui ont été signalées tout à l'heure. Peu à peu ces taches se gonflent, elles font saillie d'un demi-millimètre au-dessus de la peau voisine ; elles deviennent le siège d'un prurit parfois intense; la peau y est peu sensible, elle ne sécrète plus de sueur; la matière tuberculeuse s'y dépose, s'y épaissit, s'y ramollit, la peau s'ulcère, et on a une solution de continuité plus ou moins vaste, exactement comme à la suite de la fonte d'un tubercule. Ces ulcères, une fois établis, ont peu de tendance à la cicatrisation; ils sécrè-

tent une matière jaunâtre, sanieuse, d'une odeur repoussante, qui se concrète sur les bords en croûtes d'un brun jaunâtre, au-dessous desquelles s'accumulent les produits de sécrétion. Il y a souvent plusieurs poussées successives de ramollissement ; et à ce propos, il est intéressant de noter que souvent les symptômes généraux s'amendent, et que les tubercules des autres régions s'amoindrissent quand il y a une ulcération assez étendue. Lorsque au contraire il y a tendance à la guérison, on voit se produire une nouvelle fluxion du côté d'autres tubercules, et l'on note des signes généraux de malaise, de fièvre, etc.

Il est une autre forme d'ulcération qui vient sur les extrémités sans avoir été précédée par des tubercules : sur la jambe principalement, à un endroit infiltré, apparaissent de vives douleurs, suivies, en très peu de temps, de la formation d'un œdème dur, qui s'ulcère et qui envahit rapidement tout le pourtour du membre. A cette période, le malade se sent mieux, peut-être en raison de la quantité considérable de sécrétion que fournit cet ulcère.

Les cicatrices qui se forment à la suite de ces diverses ulcérations, sont irrégulières, blanches, inégales, consistantes, saillantes au-dessus de la peau ; au contraire elles sont rondes, enfoncées et minces, quand elles succèdent à la guérison des tubercules sans ulcération ; dans ce dernier cas, elles sont molles, d'un gris sale, qui laisse apercevoir çà et là des points plus clairs.

La vue est notablement gênée ou même abolie par la présence de tubercules sur les paupières ou sur leurs bords libres, sur la conjonctive, sur la cornée, ou dans la chambre antérieure, et jusque sur l'iris. De là des blépharites, des conjonctivites, des kératites, des iritis ; de là encore des synéchies antérieures, des oblitérations de la pupille, de là même des cataractes ; rarement on observe un hypopyon. On conçoit que nous ne revenions pas sur

le développement de toutes ces affections oculaires, dont nous avons esquissé plus haut les caractères anatomo-pathologiques. D'une façon générale, les lésions de la lèpre entraînent la congestion du globe oculaire, puis des modifications des membranes et des humeurs, enfin parfois l'œil se vide, et la vue se perd complètement. Le développement des tubercules sur les paupières et sur leur bord libre, déforme la fente palpébrale. D'allongée et d'ovoïde qu'elle était, elle est rendue arrondie et presque circulaire : les surfaces ulcérées contractent des adhérences avec la sclérotique, et l'œil peut se trouver immobilisé dans la cavité de l'orbite. On comprend que tous ces troubles dans le globe oculaire amènent avec eux des douleurs parfois insupportables, accompagnées d'un accroissement de la sécrétion lacrymale. D'autres fois l'œil forme une tumeur si saillante en avant, qu'il tend à faire hernie entre les deux paupières qui ne sauraient le contenir, et ce n'est que quand le travail ulcératif est terminé et que l'œil s'est vidé, qu'il y a un peu de diminution dans la violence des douleurs. Il peut arriver que la marche, essentiellement chronique, des troubles oculaires subisse un temps d'arrêt, et que le malade, qui voit diminuer ses douleurs, s'applaudisse de ce répit comme d'un progrès vers la guérison ; qu'un praticien expérimenté ne s'y trompe pas : peu à peu les douleurs reviennent, intermittentes, périodiques, puis continues, et la vue recommence à baisser jusqu'à ce qu'elle se perde tout à fait.

L'ouïe peut être affaiblie ou même supprimée ; la présence de tubercules et d'ulcérations dans le conduit auditif externe a parfois entraîné le rétrécissement ou l'oblitération des voies auditives.

On note encore, même dans une période peu avancée de la maladie, le gonflement de certaines glandes. C'est ainsi que la pléiade ganglionnaire de l'aine s'engorge

dès le début. Plus tard, et avec les progrès de la maladie, à l'aisselle, au cou, on voit se former des tumeurs pouvant avoir la grosseur d'un œuf d'oie, qui, d'abord indolentes, se ramollissent, et, en certains cas, finissent par suppurer. Celles du cou peuvent entraîner avec elles des difficultés dans la respiration et dans la déglutition, et aggraver d'une manière fâcheuse les troubles que le malade présente déjà du côté de ses voies respiratoires. On a dit que le ramollissement et la suppuration de ces glandes pouvaient avoir une influence favorable sur la santé générale; ce fait est rare : en effet, comme elles ne prennent un accroissement considérable que dans la période ultime de la maladie, elles hâtent plutôt le dénouement funeste qu'elles ne viennent l'enrayer.

Lorsque la lèpre en est arrivée là, la vie du malade ne tient plus qu'à des chances bien minimes. Le moral, affecté, ne réagit plus pour soutenir le sujet; le physique est plongé dans une prostration profonde. Privé plus ou moins de la vue, de l'odorat, de l'ouïe, en partie insensible, sujet à des accès d'oppression qui peuvent l'emporter, le lépreux est un objet d'horreur pour lui-même et pour les autres. Son aspect d'ailleurs a quelque chose de repoussant, et nous ne pouvons nous empêcher de citer ici en entier un passage du livre de Bazin, où la description du visage d'un spédalsque nous paraît très exacte et assez frappante, pour en fixer dans l'esprit les principaux caractères :

« On peut se faire une idée, dit-il, de l'aspect bizarre et caractéristique que la lèpre tuberculeuse imprime à la physionomie humaine : les téguments du front forment une couche épaisse et proéminente, sur laquelle se détachent confusément des nodosités profondes, des tubercules d'une teinte brune ou violacée; des rides, de larges sillons se creusent; les régions sourcilières, dégarnies de poils, se tuméfient énormément et se projettent

au-devant des globes oculaires plus ou moins altérés eux-mêmes; le nez est écrasé, élargi, réduit parfois à un moignon informe; les lèvres sont épaisses, chargées de tubercules; les pommettes sont saillantes, mamelonnées, rougeâtres; les oreilles deviennent monstrueuses; si le malade ouvre la bouche, sa muqueuse buccale apparaît semée de granulations ou de macules comme ecchymotiques. Joignez à tout cela la chute des cils, de la chevelure, l'aspect huileux de la peau, les ulcérations rebelles, les croûtes noirâtres, la fétidité de l'haleine, l'expression de souffrance et d'hébétude répandue sur la face, et vous comprendrez à quel point la maladie, à son plus haut degré, peut transformer le visage de l'homme. C'est pour retracer sans doute ces hideuses métamorphoses que les anciens avaient employé les dénominations de *satyriasis*, de *léontiasis*, etc., tirées de la comparaison avec les satyres fabuleux, les lions ou autres animaux féroces. »

La forme anesthésique ou maligne est encore plus grave que la précédente; les désordres qu'elle amène, quoique paraissant moins profonds que ceux de la forme tuberculeuse, rendent la vie des lépreux anesthésiques encore bien plus lamentable.

Au début, l'état moral est mauvais; le malade a des idées noires et se laisse volontiers absorber par son chagrin; il ressent quelques frissons et éprouve une sensation d'engourdissement général. Cet état peut persister pendant assez longtemps, parfois même pendant des années, et on ne voit encore se produire aucune lésion essentielle.

Tout d'un coup, un certain jour, il se montre en un point du corps une éruption de bulles pemphigoïdes, principalement aux extrémités, presque jamais au visage. Les plantes des pieds et les paumes des mains sont le siège de prédilection de ces éruptions; leur caractère est

une brusque apparition, parfois même elle a lieu à l'insu du malade; en effet, comme la durée des bulles est excessivement courte, il n'est pas rare, un matin, de constater la présence d'une vaste ulcération qui a succédé à la rupture d'une bulle développée pendant la nuit chez le malade inconscient. Les dimensions de ces bulles sont variables ; elles sont comprises entre le volume d'une noix et celui d'un œuf de poule; elles sont à moitié remplies d'un liquide visqueux, semi-transparent et d'un aspect laiteux. Lorsqu'elles sont rompues, l'épiderme, assez épais, se détache et tombe ; il reste alors une surface ulcérée, rouge, qui ne s'étend ni en largeur ni en profondeur, et qui peut causer quelques douleurs. Ces ulcérations se recouvrent assez rapidement de croûtes, qui tombent elles-mêmes pour faire place à d'autres. Successivement ainsi apparaissent, parfois pendant des années, des éruptions pemphigoïdes produisant des ulcères; ceux-ci sont légèrement insensibles, ainsi que les cicatrices blanchâtres, arrondies, amincies, qui leur succèdent.

Nous devons ajouter que, pendant cette période de temps, il y a sédation dans les symptômes généraux, et que le malade s'applaudit de cette amélioration. Remarquons également que cette apparition de bulles pemphigoïdes successives est un signe aussi caractéristique de la lèpre anesthésique que la chute des sourcils, dans la forme tuberculeuse.

Très peu de temps après la naissance des bulles, on note la présence de taches douées d'une assez vive démangeaison, qui attire l'attention du malade. Elles sont fort irrégulières, variant de la grandeur d'une petite pièce de monnaie à celle de la paume de la main; elles sont beaucoup plus blanches (*morphée blanche*) et restent au même niveau que la peau environnante; il y a une légère desquamation à leur surface. Sans apparaître d'une

façon constante, elles appartiennent, quand elles se montrent, à la forme anesthésique.

L'amélioration que nous signalions n'est pas de longue durée; sur la surface des ulcérations, sur les taches, parfois sur une partie considérable d'un membre, parfois même sur la totalité du corps, le malade éprouve une hyperesthésie, accompagnée de frissons, et produisant l'effet de la piqûre d'un millier d'épingles. Tout mouvement, tout effort devient impossible; le malade ne saurait porter ses aliments à sa bouche, et il succomberait sans le secours d'autrui. Le sommeil est troublé, l'appétit se perd, les sécrétions se suppriment, et la peau devient d'une siccité remarquable. La sensibilité excessive, que nous avons déjà indiquée au début de la forme tuberculeuse (Rayer), peut durer parfois plusieurs années; elle annonce le début des altérations du système nerveux. Mais elle finit par céder néanmoins pour faire place à de l'anesthésie, laquelle augmente graduellement jusqu'à ce qu'elle soit complète. Cette anesthésie, d'ailleurs, peut être primitive et n'être précédée d'aucune augmentation de sensibilité.

La peau est pâle, sèche, dure, d'un blanc sale, parcheminée, mince, atrophiée. Les points anesthésiés sont privés de sueur et de sécrétion sébacée, pendant que les parties saines sont susceptibles d'une sueur abondante. Quand l'anesthésie s'est étendue sur tout le corps, la démarche du lépreux offre quelque chose de caractéristique : il jette, en quelque sorte d'une seule fois, les plantes des pieds contre terre. A ce moment le visage est amaigri, d'une couleur jaune paille et comme cadavéreux; les joues sont affaissées; le buccinateur est paralysé. Comme on le voit si bien dans l'atlas de Danielssen et de Bœck, la bouche est déviée, asymétrique; la lèvre supérieure est accolée à la mâchoire; la lèvre inférieure, renversée en bas, laisse écouler la salive, qui

corrode la peau ; les gencives pâlissent et s'atrophient, les dents se déchaussent.

Le malade se plaint de vives douleurs dans la tête ; elles sont profondes, lancinantes, et se concentrent à la racine du nez. L'œil se dessèche et se détruit par le manque de la sécrétion lacrymale, et la vue peut se perdre de cette manière : la paupière s'atrophie, le muscle orbiculaire se paralyse, le cartilage tarse s'amincit, la paupière inférieure se relâche et donne lieu à la production d'un ectropion ; les points lacrymaux sont renversés, puis détruits. On observe parfois, sur la cornée, l'apparition de quelques vésicules ; mais il est extrêmement rare qu'il s'y forme des ulcères qui la pénètrent et détruisent l'œil ; l'iritis ne survient qu'exceptionnellement. Nous sommes loin, on le voit, des cruelles lésions oculaires de la forme tuberculeuse ; mais, en somme, nous en arrivons au même résultat, c'est-à-dire à la perte de la vue. La cavité nasale, sèche d'abord, finit par devenir le siège d'ulcères qui rongent le septum, mais moins souvent que dans la forme tuberculeuse ; le goût est émoussé, mais l'ouïe persiste.

Pendant ce temps, l'anesthésie fait des progrès ; on peut impunément toucher l'œil, tirailler, pincer, inciser la peau, sans que le malade le sente ; celui-ci peut se couper un doigt, voire même un membre, et se plonger le moignon dans de la poix en ébullition, pour arrêter l'hémorrhagie, sans éprouver aucune douleur. La nutrition souffre à un haut degré ; les mains s'amaigrissent ; les muscles des éminences thénar et hypothénar disparaissent, signe que Danielssen et Bœck considèrent comme caractéristique de la lèpre. Puis la maladie envahit le tissu cellulaire, les muscles, et la motilité se perd. C'est alors que se produit le phénomène connu sous le nom de distorsion des pieds et des mains. Les doigts deviennent paresseux et courbés ; le dos des mains s'aplatit ; les pre-

mières phalanges s'étendent, tandis que les autres se recourbent; ces lésions ne font que s'accroître, et il vient un moment où il est impossible de les vaincre.

Alors, en un point de la peau on voit apparaître une tache bleuâtre douloureuse, qui donne lieu à un ulcère atonique, avec décollement et atrophie de la peau, par laquelle s'échappent parfois des parcelles osseuses. Ces ulcères seraient, d'après quelques auteurs, d'un pronostic favorable pour les malheureux qu'ils envahissent. En effet, pendant qu'ils restent ouverts, la santé générale est plutôt meilleure. Si, au contraire, ils viennent à se fermer, vite apparaît le cortège des symptômes généraux : mal de tête accablant, violents frissons, assoupissement d'abord léger et bientôt si profond que le moral est anéanti ; la mort peut arriver au bout de trois ou quatre jours.

A mesure que l'anesthésie augmente, le processus nécrobiotique fait des progrès : après la peau, les os, après les os, les articulations. D'habitude, c'est par les doigts et les orteils que le mal commence; le malade se plaint de douleurs affreuses, surtout la nuit, au niveau d'une phalange; celle-ci enfle, rougit, devient chaude et tendue. En même temps il y a des frissons, de la fièvre, symptômes généraux qui cèdent quand la peau s'est rompue, et a laissé échapper un liquide sanieux, jaunâtre. La phalange est à nu, déjà ébranlée, et ne tarde pas à tomber ; il en est de même aux orteils. La peau alors se rétracte sur l'os voisin, et, quand toutes les phalanges ont ainsi disparu, la main, d'après Danielssen et Bœck, serait comparable à la patte d'un chien groenlandais. Les grandes articulations n'échappent pas non plus à ce travail de nécrose ; c'est ainsi que les auteurs suédois ont vu se produire deux fois la chute d'un pied entier, et une fois la chute d'une main. La peau du cou-de-pied et les ligaments antérieurs de l'articulation ayant cédé, ils ont éga-

lement vu se faire une luxation de la jambe sur le pied, avec issue des deux os de la jambe par la plaie.

Le plus souvent l'appétit est conservé; mais on a noté de la cardialgie et du pyrosis, avec éructations aigres. Toutefois, ce qui inquiète beaucoup les malades, c'est une siccité absolue de la muqueuse digestive, et une soif énorme, qui poursuit le malade jusqu'à la fin de sa vie.

Le lépreux se plaint parfois d'avoir froid; il voudrait toujours être enveloppé dans une couverture, et appuyé contre un poêle. La température de l'aisselle a varié de 40 degrés à 36 degrés; celle des mains est tombée de 30 degrés à 20 degrés centigrades.

Chez les femmes la menstruation est irrégulière; parfois elle cesse; les règles ne s'établissent pas quand la lèpre se montre avant l'époque de la puberté. L'instinct génital disparaît, comme la sensibilité de toutes les parties du corps, par le fait de l'anesthésie. Toutefois, il n'y a pas d'impuissance; certains lépreux anesthésiques ont pu avoir des enfants avec une femme saine.

Tous ces symptômes se déroulent pendant des années entières. C'est peu à peu que le malade se voit s'amoindrir : l'anesthésie s'étend et se complète; toutes les parties s'atrophient et la vie s'éteint imperceptiblement. A la fin, il survient une diarrhée colliquative, ou bien le malade succombe au milieu de crampes et de convulsions.

Marche, durée, terminaisons. — Ainsi que nous l'avons vu, la marche de la lèpre est presque constamment chronique. C'est peu à peu, et après une longue durée que la maladie s'aggrave, pour arriver enfin à une issue funeste.

Toutefois, il peut arriver, très rarement il est vrai, que le développement de la lèpre suive une marche aiguë, ainsi que Danielssen et Bœck l'ont noté trois fois

sur 150 cas. « Quand cela a lieu (p. 203), il survient fréquemment, sans cause occasionnelle, de violents paroxysmes de fièvre avec de vives exacerbations le soir, accompagnés d'une sensation de pesanteur et de lassitude dans tout le corps, alternant avec un violent mal de tête et avec un délire parfois furibond; une soif brûlante, une peau sèche, rouge, et comme turgescente; point de sommeil; le pouls plein, 120 à 130 pulsations à la minute; urine insignifiante et assez pâle; langue sèche et rouge; constipation. Après que ces symptômes ont duré douze à quinze jours, sans la moindre diminution de violence, il se manifeste à l'improviste une éruption de taches bleuâtres, luisantes, qui se répandent presque toujours par tout le corps, qui s'élèvent promptement au-dessus de la surface de la peau, qui s'accroissent, tant en volume qu'en consistance, qui sont souvent confluentes, et qui donnent lieu à des infiltrations tuberculeuses considérables. La maladie peut alors, en peu de semaines, exercer tous les ravages qui ne se réalisent qu'au bout de plusieurs années dans la marche chronique. Si l'éruption se montre, les symptômes généraux indiqués diminuent et s'évanouissent peu à peu, en même temps que les tubercules se développent; et après le ramollissement de ceux-ci, l'affection prend sa marche chronique; mais il peut se déclarer, soit une pneumonie, soit une pleurésie, soit une méningite qui enlèvent le malade en quelques jours. Cette marche aiguë est si rare que, dans la foule immense de spédalsques, soumis à nos observations, nous avons eu l'occasion de constater seulement quatre cas de cette espèce. »

Ainsi donc, sauf des exceptions à peine entrevues, la lèpre suit son cours lentement progressif, et c'est dans cette marche essentiellement chronique qu'on s'est efforcé d'introduire des divisions, ou stades, ou périodes. Comme nous l'avons vu plus haut en traitant des sym-

ptômes, Fuchs admettait : 1° la période de prodromes (*stadium prodromorum*); 2° la période d'éruption (*stadium eruptionis*); 3° la période de déformation (*stadium deformationis*); 4° la période d'ulcération (*stadium ulcerationis*).

Je crois aussi qu'on peut admettre quatre stades dans la lèpre; mais ceux que je propose diffèrent un peu de ceux de Fuchs; ce sont les stades : 1° d'invasion; 2° d'éruption; 3° d'ulcération; 4° de cachexie.

Première période. Invasion. — Ici nous observons les phénomènes ou troubles physiques et moraux signalés comme prodromiques de la lèpre : affaissement physique et moral, découragement, fatigue excessive, tendance au sommeil, douleurs vagues, frissons furtifs, perte de l'appétit, nausées, vomissements, expression de tristesse et tendance à la solitude, dyspepsies et perturbations menstruelles chez la femme. C'est Hillairet qui a le plus insisté sur la constance de ces signes prodromiques, que l'on retrouve toujours, dit-il, quand on veut bien les chercher. Puis, après plusieurs semaines ou après plusieurs mois, apparition de taches avec altération de la sensibilité cutanée, présentant soit de l'hyperesthésie, soit de l'anesthésie, soit des démangeaisons. Avec ces taches se montrent déjà quelquefois de la desquamation épidermique, et même des éruptions érythémateuses, vésiculeuses ou bulbeuses. Dans cette première période, les poils s'altèrent déjà, et, si la maladie se développe chez un enfant, malgré la persistance apparente de la santé générale, la croissance est arrêtée, et les signes de la puberté ne se manifestent pas.

Deuxième période. Développement des tubercules. — La peau s'engorge de plus en plus, et il se forme çà et là des tubercules dermoïdes : ils débutent par les oreilles, par le visage, et donnent à la figure cet aspect caractéristique que nous avons essayé de décrire, puis ils s'éten-

dent aux organes des sens, aux muqueuses, et y déterminent les divers symptômes que nous avons indiqués jusqu'à ce qu'ils s'ulcèrent, en laissant après eux des traces très apparentes de leur passage.

Troisième période. Ulcération. — Elle est constituée par le travail nécrobiotique qui se manifeste en différents points : à la suite de la fonte d'un tubercule, ou simplement de la présence d'une grande tache noire, irrégulière (morphée noire), il se produit un ulcère atonique. A cette époque il existe un état dycrasique du sang, une altération profonde de la nutrition, qui ne permet pas au travail de cicatrisation de se montrer. La peau disparaît, les muscles s'atrophient, les os se nécrosent partiellement ou en totalité. On voit se produire la distorsion des pieds et des mains, la chute et la gangrène de tout un membre ou plus ordinairement d'une partie des membres. C'est par les mains, par les bras et les jambes que commence le travail morbide, pour s'étendre de là sur le tronc; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il envahit d'abord ce dernier.

Quatrième période. Cachexie. — Ici tous les symptômes indiqués jusqu'alors sont arrivés au maximum de leur développement : les lésions mentionnées font de rapides progrès, l'individu maigrit et s'affaiblit de plus en plus, puis apparaissent des troubles gastro-intestinaux qui annoncent la terminaison fatale.

Telle est la succession exacte des phénomènes morbides chez un lépreux qui meurt cachectique. Toutefois, il peut succomber asphyxié, à la période d'ulcération; et il est possible aussi de voir, à la quatrième période, la peau présenter les lésions des stades précédents. Par conséquent, comme je le disais en commençant l'étude des symptômes, la division en stades ou périodes, admise universellement aujourd'hui, est bien plutôt un classement du mode d'apparition des lésions cutanées qu'une division exacte des phénomènes de la maladie.

La durée de la lèpre est longue; la forme aiguë est exceptionnelle. D'après les relevés statistiques de Danielssen et Bœck, à l'hôpital de Bergen, cette durée serait, chiffres moyens, de neuf ans et demi pour la forme tuberculeuse, et de dix-huit ans et demi pour la forme anesthésique. Brassac cite des exemples de lèpre ayant duré vingt, trente ans et même plus (1). C'est pendant la période de la puberté que la marche aurait paru plus prompte et la maladie plus grave. L'hygiène et les soins de propreté peuvent beaucoup prolonger la durée de la vie chez les lépreux. En France, la marche de la maladie est peu rapide, parce qu'en général les lépreux sont soustraits aux influences somatiques et climatériques défavorables.

Quant aux terminaisons, il est des cas, rares il est vrai, où l'on est appelé à constater la guérison; et cette issue favorable ne peut être mise en doute, alors même qu'on conteste la réalité de la guérison complète de certains malades chez lesquels il a existé seulement une amélioration momentanée. Mais la terminaison ordinaire est la mort; elle résulte des progrès incessants de la maladie, et de l'envahissement successif de tous les organes internes, quelquefois de la gravité d'un accident dépendant de la maladie, ou bien du développement d'une affection intercurrente.

Complications. — La marche de la lèpre peut être plus ou moins modifiée par l'apparition de maladies intercurrentes.

Tout d'abord les deux formes peuvent se compliquer l'une l'autre; tel individu, atteint de lèpre anesthésique, présente aussi parfois des tubercules plus ou moins nombreux : le fait s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis,

(1) Brassac, *Essais sur l'éléphantiasis des Grecs, lèpre phymatode et aphymatode.* Paris, 1866.

à l'observation d'Hillairet (1). Mais dans ces cas, il s'établirait, d'après Bœck, une sorte d'antagonisme entre les deux formes, dont l'une surmonterait l'autre et la ferait disparaître. Bazin voit dans ce fait un argument de plus pour l'unicité de cette maladie, bien qu'elle ait deux formes distinctes de développement.

Les fièvres éruptives exercent toujours une certaine influence sur la marche de la spédalskhed. La variole, en général, complique d'une manière fâcheuse les manifestations lépreuses : Danielssen et Bœck ont constaté qu'une épidémie de variole avait fait beaucoup de victimes parmi leurs malades ; l'éruption était assez régulière sur la peau saine, mais les tubercules subissaient une poussée bien marquée. Dans ce cas, le médecin doit se tenir en garde contre une complication terrible, vu les lésions de la lèpre du côté des voies aériennes, je veux parler du gonflement et de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques qui peuvent emporter le malade par asphyxie. A ces cas habituels de complication grave de la lèpre par la variole, j'opposerai un fait observé en 1860 : c'est celui d'un Brésilien, auquel je donnais des soins depuis plusieurs années pour une lèpre tuberculeuse arrivée à la troisième période ; il avait été vacciné dans son enfance, et il fut atteint, à Paris, d'une varioloïde assez bénigne. Après la terminaison heureuse de cette maladie intercurrente, les accidents de la lèpre, ulcérations, tubercules, anesthésie, disparurent assez promptement, et au bout de deux mois la guérison de la lèpre était complète. Sur nos instances, ce Brésilien resta encore deux années en France, et, lorsqu'il retourna dans son pays, au bout de ce temps, aucun accident n'avait reparu.

(1) Hillairet, *Lèpre tuberculeuse arrivée à la troisième période* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1862).

La scarlatine, la rougeole, la varicelle, bien que fréquentes, n'offrent aucune particularité à noter.

L'érysipèle a une influence un peu moins grave que la variole, mais il stimule l'évolution des tubercules.

Les angioleucites de la peau entraînent, comme complications, des adénites inguinales ou axillaires. Les eczémas chroniques peuvent donner lieu aux mêmes symptômes.

La gangrène de la peau ou des organes internes, les hémorrhagies, les abcès sont des accidents qui se rattachent à la maladie, plutôt que des complications.

Mais la lèpre peut se trouver compliquée de syphilis. Autrefois, à l'époque d'apparition de cette dernière affection, et quand on n'en connaissait pas encore bien les symptômes, on a pu confondre ensemble les deux maladies.

Cette erreur était d'autant plus excusable, d'après Danielssen et Bœck, que la maladie décrite en Norwège sous le nom de *radesyge*, et dans laquelle certains auteurs voient la lèpre, ne serait elle-même qu'une forme maligne de la syphilis. Quoi qu'il en soit, un lépreux peut être atteint de la syphilis, et c'est là un grand malheur ; car la spédalskhed ne supporte pas le mercure, et, dans ce cas, on a de la peine à s'opposer aux progrès de la syphilis.

Enfin, sur l'autorité de Gordon, Danielssen et Bœck disent que la lèpre et la fièvre quarte seraient antagonistes. Il suffirait alors de prendre la fièvre quarte pour échapper à la lèpre. Cette assertion a besoin de nouvelles observations pour être acceptée.

En dernier lieu, il faut savoir que la lèpre se complique, spécialement dans sa forme anesthésique, de lésions rénales dont aucune douleur ne vient parfois révéler la présence : œdème des membres inférieurs, albumine dans l'urine. Le malade succombe alors avec tous les

symptômes de la néphrite albumineuse, et particulièrement avec une anasarque généralisée.

Diagnostic. — L'étude séméiologique de l'éléphantiasis des Grecs comprend deux ordres de faits : le malade est-il réellement atteint de la lèpre? C'est là le diagnostic différentiel proprement dit. Si la maladie est confirmée, il reste à faire le diagnostic de la marche et de la forme de l'affection.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on pourrait confondre la lèpre avec le mycosis fongoïde, avec l'éléphantiasis des Arabes, avec certaines ulcérations syphilitiques, avec la sclérodermie. Il est difficile, du reste, qu'un observateur attentif puisse méconnaître une entité morbide aussi caractérisée que la lèpre; mais sa rareté dans nos climats doit légitimer les détails dans lesquels nous allons entrer.

Le mycosis fongoïde est caractérisé par la présence de taches rouges, de plaques lichénoïdes et de tumeurs fongoïdes, qui peuvent s'affaisser et disparaître spontanément, ou s'ulcérer et s'agrandir, en donnant naissance à un pus ichoreux et fétide, qui baigne une surface anfractueuse, parfois fort étendue. Mais, ainsi que le fait observer Gillot (1), ces tumeurs ne sont pas précédées, comme dans la lèpre, d'anesthésie et de taches livides ; c'est là un caractère absolument essentiel de l'éléphantiasis des Grecs. En outre, l'affection est locale ; elle affecte une prédilection marquée pour les membres et se développe rarement à la face.

Je ne ferai qu'indiquer ici l'éléphantiasis des Arabes, que l'on ne saurait certes prendre pour la lèpre ; en effet, il se localise habituellement sur un des membres dont il affecte en général le système lymphatique, et auquel il imprime cette forme et cette dureté de la peau caracté-

(1) Gillot, *Thèse de doctorat.* Paris, 1869.

ristiques que tout le monde connaît. Le seul cas d'erreur possible est celui où l'apparition de la maladie serait précédée d'affections chroniques de la peau, eczémas, lichens, etc. ; du reste, ni taches, ni insensibilité.

Le diagnostic le plus difficile est celui de la lèpre et de la syphilis. J'ai vu souvent, surtout dans nos climats, attribuer à la syphilis les éruptions et les ulcérations éléphantiasiques. Il est vrai que les tubercules ont une couleur à peu près identique dans les deux maladies; mais, dans la syphilis, les ulcérations sont arrondies, leurs bords sont adhérents, taillés à pic ; les croûtes qui les recouvrent sont dures, inégales, épaisses, d'une coloration d'un vert foncé, tandis que dans la lèpre les ulcères sont plus étendus, leurs bords sont souvent décollés et les croûtes sont moins plastiques, moins adhérentes et sans coloration spéciale. D'autre part, dans les régions où existent les tubercules lépreux, on voit apparaître un œdème sous-cutané amenant une déformation spéciale, bien marquée aux oreilles, au visage, aux mains, aux pieds. Il y a des taches antérieures aux tubercules, ou coexistant avec eux. On note des altérations de la sensibilité en plus ou en moins, et cette dernière circonstance est très importante. Dans les cas douteux, on doit savoir, d'ailleurs, que le traitement constitue un précieux moyen de diagnostic : l'administration combinée du mercure et de l'iodure de potassium amène, dans la syphilis, une prompte amélioration, tandis qu'elle causerait, dans la lèpre, une aggravation de tous les symptômes.

L'apparition d'accidents fébriles au début de la lèpre a pu, dit-on, faire croire à l'existence d'une fièvre intermittente. Je crois peu à cette confusion ; ce serait alors sur les commémoratifs que l'on devrait insister, sur la santé générale du sujet, sur la périodicité des accès. Ici encore un spécifique pourrait donner la clef du dia-

gnostic; le sulfate de quinine éclairera le médecin, à moins, condition fort rare, qu'il n'ait affaire à une lèpre compliquée d'accès intermittents.

La sclérodermie est d'un diagnostic plus délicat : on peut y retrouver l'état luisant, l'épaississement de la peau, des bulles et des ulcérations; mais dans la sclérodermie, l'hyperesthésie, l'anesthésie et l'atrophie musculaire, quand elles existent, sont beaucoup moins prononcées que dans la lèpre, et il n'y a pas de tubercules.

L'examen de la sensibilité devra faire reconnaître les éphélides et le vitigilo, et les faire distinguer des taches de la lèpre; souvent, en effet, surtout aux colonies, les éphélides sont larges et nombreuses, et simulent les taches livides de l'éléphantiasis des Grecs.

La marche de la maladie a son intérêt : c'est elle qui permettra au praticien d'indiquer la gravité et la durée probable de l'affection. Quant au diagnostic de la forme, il est facile à résumer après l'étude que nous avons faite de tous les signes de la lèpre : taches, insensibilité, tubercules, ulcérations, forme tuberculeuse; éruptions bulleuses, lividité de la peau, insensibilité, amaigrissement, distorsion des membres, chute des articulations, forme anesthésique. Rappelons que les deux formes peuvent se compliquer l'une l'autre.

Pronostic. — Il va sans dire que le pronostic d'une affection telle que la lèpre est toujours des plus graves. Nous avons vu que la guérison est rare, et que la terminaison la plus habituelle est la mort. Mais, si on ne guérit pas la lèpre, est-ce une raison pour l'abandonner à elle-même? Non, sans doute, et des soins constants et éclairés peuvent la modifier dans un sens favorable, et venir également changer un peu la gravité du pronostic. C'est ainsi que nous avons constaté une grande amélioration chez les Européens qui ont contracté la lèpre dans les pays chauds, et qui sont venus se faire soigner

en Europe. Un changement de climat, une bonne hygiène, l'absence des grandes variations de température, la salubrité plus grande des habitations, et, par-dessus tout, un régime sévère, tels sont les agents de cette amélioration. Mais, si nous pouvons ainsi enregistrer un arrêt au moins momentané dans la marche de la lèpre, il faut, par contre, noter la gravité exceptionnelle qu'imprime la présence d'une complication ou d'une maladie intercurrente. La forme anesthésique paraît d'un pronostic plus grave que la forme tuberculeuse, bien que celle-ci semble avoir une durée notablement plus courte. La coïncidence de la syphilis et de la lèpre doit être regardée comme une des conditions les plus défavorables ; car le traitement de la première, selon les auteurs, viendrait considérablement aggraver la seconde. Enfin, nous avons déjà dit que l'apparition de la lèpre, à l'âge de la puberté, est une circonstance fâcheuse, et que, d'après Danielssen et Bœck, la maladie développée à cet âge serait plus grave et plus rapide.

Causes. — L'étiologie de la lèpre a été depuis bien longtemps, et sera pendant bien des années encore, l'objet des désaccords les plus complets entre les divers auteurs qui ont étudié cette maladie. Son mode d'apparition à la surface du globe, ses relations avec les maladies éteintes aujourd'hui, ou avec des entités morbides nouvelles aux époques reculées où elle s'est montrée dans certains pays, sa transmission, l'influence des climats et du régime ont soulevé des discussions qui durent encore aujourd'hui. Envisagée par les divers auteurs dans les contrées les plus opposées, elle n'a guère fourni des renseignements généraux centralisés qu'entre les mains de Danielssen et Bœck et des auteurs venus après eux. Encore les renseignements que l'on trouve sur ces diverses questions sont-ils parfois contradictoires et exposés le plus souvent sous la forme du doute.

Les causes de la spédalskhed sont internes ou externes.

Les causes internes comportent l'examen des questions suivantes : l'hérédité, le développement spontané, la contagion, l'âge et le sexe.

C'est un fait avéré maintenant que l'hérédité joue un rôle prépondérant dans le développement de la lèpre. La plupart des auteurs ont admis cette proposition ; certains autres, néanmoins, ne sont disposés à lui attribuer qu'une influence très secondaire ; les uns l'admettent directe, transmise des parents aux enfants ; d'autres l'acceptent plus ou moins éloignée, sautant une ou deux générations, c'est-à-dire transmise des grands-parents aux petits-enfants ou arrière-petits-enfants ; d'autres enfin n'admettent que la transmission collatérale, c'est-à-dire la lèpre sautant irrégulièrement plusieurs générations et se montrant sur plusieurs membres d'une même famille, mais rarement en suivant la ligne directe. Danielssen et Bœck reconnaissent, dans une très forte proportion, l'influence héréditaire : sur 147 lépreux tuberculeux, 127 avaient eu des parents atteints de la même maladie ; et sur 68 anesthésiques, 58 étaient dans le même cas. Tels sont les résultats de la statistique de l'hôpital Saint-Georges, à Bergen. Adams rapporte des faits identiques, d'après les relevés de l'hôpital de Funchal, à Madère. Enfin, on aurait cru remarquer, dans l'hérédité, la fréquence et la gravité plus grande de la lèpre dans les seconde et quatrième générations que dans les première et troisième.

Il est donc constant que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de la lèpre, et je ne saurais aller à l'encontre de cette proposition, qu'il m'est impossible de contrôler.

Le développement spontané de la maladie est toutefois un fait acquis maintenant. Dans nos climats, il est assez rare, et même exceptionnel ; on en trouve un fait rap-

porté dans le travail de Lamblin ; en outre, Danielssen et Bœck en ont cité des exemples. Toutefois, comme le fait fort bien remarquer le docteur Brassac, les faits de lèpre spontanée, chez des individus de notre pays, ont été presque constamment ceux de sujets ayant contracté la maladie dans des contrées où celle-ci est endémique, et l'ayant rapportée avec eux à leur retour en France ; dans la même catégorie, il faut ranger les malades ayant habité dans des pays étrangers, et atteints de la lèpre après un séjour plus ou moins prolongé dans nos climats.

La contagion est encore l'objet de discussions beaucoup plus grandes que l'hérédité ; les uns l'admettent, d'autres la repoussent ; certains se tiennent dans un juste milieu, mais ils ne la nient pas absolument. Les prescriptions si sévères de la loi de Moïse et l'établissement de léproseries dans un grand nombre d'États paraissent assez favorables aux partisans de la contagion. De nos jours, le champion le plus éclatant de cette doctrine est, sans contredit, Schilling, qui l'admet complètement, puisqu'il prétend qu'un lépreux, atteint seulement de taches, peut contaminer tous ceux qui vivent avec lui, alors même qu'il n'en est encore qu'à la période d'invasion.

Cette transmission se ferait, d'après les différents auteurs, par diverses voies. Les uns pensent que l'air peut être un véhicule (Arnaldus, Schilling) aussi bien que l'haleine et les sécrétions des ulcères. D'autres croient que c'est par les vêtements ou par la cohabitation (Richter) que la lèpre se transmet ; un mari lépreux infecterait sa femme, et réciproquement. Un enfant lépreux contaminerait sa nourrice ; mais, dans ce cas, la réciprocité n'aurait pas lieu. Cette idée de la contagion est surtout une idée ancienne ; les modernes, au contraire, paraissent disposés à la combattre. Il est fréquent de trouver, dans le mariage, un des deux époux lépreux sans que l'autre le devienne, ou des enfants de mêmes parents dont les

uns deviennent lépreux et non les autres. A cette opinion se rattachent Rayer, dont l'un des élèves avait revêtu les vêtements d'un lépreux sans en éprouver le moindre mal, et Godart, Bazin et Brassac. Enfin, notons aussi que ce sont les idées de Danielssen et Bœck, si compétents en la matière : « Parmi la foule de spédalsques, disent-ils, que nous avons observés par centaines, et que nous avons journellement fréquentés, il n'existe pas un seul exemple dans lequel le mal se soit étendu par contagion. Nous connaissons beaucoup de gens mariés dont l'un a été spédalsque, qui ont vécu nombre d'années ensemble, et conjugalement, sans que l'autre ait été attaqué de la maladie... C'est aussi un grand bonheur pour notre pays que la spédalskhed n'y soit pas contagieuse; car, s'il en eût été autrement, elle eût immolé un bien plus grand nombre de victimes » (p. 341).

Aucun auteur contemporain n'a rapporté d'exemple de contagion de lèpre effectuée dans les pays où la lèpre n'existe pas; on peut donc considérer les lépreux qui sont venus en France comme n'étant pas susceptibles de transmettre la maladie aux personnes avec lesquelles ils se trouvent en contact et en communication.

Mais, depuis quelques années, l'opinion qui fait de la lèpre une maladie contagieuse tend à reparaître et à s'imposer. En s'appuyant sur des faits récents, cette opinion sur la faculté contagieuse de la lèpre a été très bien exposée à l'Académie de médecine (séances des 13, 20 et 27 octobre 1885) par le docteur Vidal, à propos d'un travail du docteur Zambaco, de Constantinople, refusant d'admettre la contagion comme cause de la propagation de la lèpre en Turquie. Voici les arguments principaux fournis en faveur de la contagion : d'abord une observation du docteur Hawtruz-Benson, qui, après avoir constaté l'existence de la lèpre chez un homme ayant habité les Indes, et qui en mourut, vit la même affection se dé-

velopper avec des caractères incontestables chez le frère du malade, lequel pendant un an avait couché avec lui et avait porté les mêmes vêtements; à côté de ce fait, le docteur Vidal a cité le cas d'une femme devenue lépreuse six ans après que son mari avait eu les premières manifestations de la maladie. Quelques autres exemples analogues peuvent être cités; mais le fait le plus considérable en faveur de la contagion est certainement ce qui est arrivé aux îles Sandwich, où il paraît établi que la lèpre n'existait pas, lorsque, en 1853, on constata qu'un coolie chinois était atteint d'éléphantiasis; c'était alors le seul lépreux dans l'île, et, huit ans plus tard, quelques-uns de ses voisins et de ses amis furent infectés; dès lors la maladie s'étendit progressivement, avec une telle intensité, que vingt-sept ans plus tard, en 1880, on pouvait évaluer à environ deux mille le nombre des lépreux des îles Sandwich, dont la population est à peine de quarante-quatre mille habitants. Il semble que le même fait d'importation de lèpre ait eu lieu à l'île Maurice en 1665, époque à laquelle un navire danois y laissa un passager atteint de la lèpre; depuis ce moment, la maladie s'y établit progressivement, et aujourd'hui le nombre des lépreux est considérable (1).

Les faits que je viens de citer sont des arguments qui paraissent très concluants en faveur de la contagion, et on comprend très bien qu'ils aient ému certains médecins, à la tête desquels on peut placer le docteur Hansen (de Bergen), et qu'ils les aient engagés à réclamer comme une mesure hygiénique nécessaire l'isolement des lépreux. Néanmoins, je répéterai que la question n'est pas encore tranchée, et que l'opinion qui fait de la lèpre une maladie contagieuse et inoculable, c'est-à-dire se transmettant par le contact et à la faveur d'une excoriation

(1) *Annales de dermatologie*, novembre et décembre 1885, p. 666.

cutanée, est probable, mais ne peut pas être admise encore comme une vérité démontrée scientifiquement.

L'âge paraît une circonstance très secondaire dans l'étiologie de la lèpre; c'est principalement chez les adultes qu'on l'a observée; quoique moins fréquente dans le bas âge, elle peut exister cependant, et elle peut se développer chez les vieillards. Quelques auteurs ont prétendu que l'époque de la puberté est l'âge le plus favorable à la production de la maladie; mais on a besoin de nouveaux faits pour être fixé sur ce point.

L'influence du sexe a une certaine importance : d'une façon générale, sur huit lépreux, on rencontre cinq hommes et trois femmes; celles-ci y seraient donc moins prédisposées, ainsi que la chose ressort, du reste, des recherches d'Aétius, d'Archigène et des médecins du moyen âge.

Une erreur, dont on est fort heureusement depuis longtemps revenu, consistait à admettre que les eunuques n'ont jamais la lèpre; de là cette pratique barbare, dans quelques contrées où la maladie est endémique, de castrer les jeunes gens, pour les en préserver.

Les causes externes peuvent tenir au climat et aux conditions d'habitation, au régime, aux affections morales et à des violences extérieures.

Les climats exercent une action très importante sur la naissance de la lèpre et sur son développement; il y a des pays où la maladie est commune, d'autres où elle est inconnue ; les températures extrêmes favorisent beaucoup le développement de l'affection; une grande chaleur et un froid excessif sont les agents de cette influence. Divers auteurs ont voulu que la lèpre des pays chauds fût susceptible d'un développement plus grave et plus rapide que celle des pays froids ; mais les travaux de Danielssen et Bœck sont là pour établir le peu de solidité de cette proposition.

L'existence d'une chaleur humide, l'habitation au bord de la mer ou des grands cours d'eau, les variations soudaines de température, l'habitation dans des huttes ou des cabanes mal exposées, mal closes, l'omission des règles de la plus élémentaire hygiène sont autant de causes à adjoindre à l'influence des climats. Il est important, selon nous, de faire remarquer ici que c'est surtout pour n'avoir pas obéi aux prescriptions hygiéniques, différentes dans les pays chauds de celles de nos contrées, que les Européens s'exposent à contracter dans leurs voyages la lèpre qu'ils rapportent en France, et qui s'est développée alors bien évidemment en dehors de toute influence héréditaire. J'aurai à revenir sur ces questions de climatologie en traitant de la distribution géographique de la lèpre.

Le régime alimentaire est aussi important à considérer. On a beaucoup accusé l'usage du poisson salé, gâté, ou même frais ; il est incontestable que chez les pêcheurs qui vivent aux bords de la mer, exposés aux intempéries des saisons, mal vêtus, assez mal nourris, le régime exclusivement ichtyophagique peut être nuisible ; mais il n'y a pas que cette nourriture qui puisse favoriser le développement de la spédalskhed. Les aliments gras, la chair de porc, les graisses sont essentiellement nuisibles dans les pays chauds, et nul doute que ce ne soit sous l'influence de principes hygiéniques que Moïse en ait autrefois défendu l'usage à son peuple. Larrey rapporte également qu'en Orient une alimentation composée d'aliments gras est regardée comme une cause prédisposante de la lèpre. Enfin l'usage de l'eau-de-vie, surtout de qualité inférieure, peut exercer une action dans le même sens.

On a voulu aussi prétendre que la lèpre est une maladie de la classe pauvre et qu'elle n'attaque point les individus riches. C'est là une grande erreur ; en effet, Danielssen et Bœck indiquent que les plus grandes familles

de leur pays ont été affectées dans leurs ascendants, et que plusieurs rois de Norwège et d'Angleterre n'ont pas échappé à cette affreuse maladie. A Paris, nous voyons venir un assez grand nombre d'individus riches atteints de lèpre, et qui ont quitté leur pays dans l'espérance de trouver la guérison par le changement de climat.

Les affections morales ont été signalées au nombre des causes de la lèpre; c'est ainsi que l'explosion d'une violente colère peut, d'après Fuchs, entraîner la naissance de la spédalskhed. Peut-être pourrait-on se hasarder à mettre un peu en doute l'action de ces causes, ou même faire observer que si la lèpre est ainsi apparue brusquement par des taches chez des gens si violemment émus, c'était parfois la manifestation subite d'un état latent héréditaire ou acquis.

Les violences extérieures ne nous semblent pas devoir être admises comme causes de la lèpre : « Gislesen est le seul auteur qui, autant que nous le sachions, ait cru la spédalskhed susceptible de naître par l'effet d'un traumatisme, et il en cite deux cas, propres, à son avis, à servir de preuve » (Danielssen et Bœck, p. 99).

Distribution géographique. — Après l'étude des causes principales de la lèpre, nous allons essayer de retracer sa distribution géographique actuelle en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique.

Dans l'Égypte, qui a été considérée comme le berceau du fléau, la lèpre existe encore à l'état endémique dans le bassin du Nil, sur les côtes de la Méditerranée et de la mer Rouge.

En Abyssinie, on la rencontre assez souvent (1), puisqu'elle affecte même les habitants des montagnes; mais

(1) Aubert Roche, *De l'acclimatement des Européens dans les pays chauds*, chap. IV (*Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*. Paris, 1846, t. VII, p. 18).

on n'a pas de renseignements sur son existence en Nubie.

Brocchi assure qu'elle serait inconnue dans le Sennaar; mais elle est fréquente dans le Darfür et le Soudan, et on l'observe à l'état endémique sur la côte septentrionale de l'Afrique.

En Algérie, elle a été étudiée par les médecins militaires français, et Beaudouin a cru remarquer qu'elle était moins fréquente dans les pays de dattes que dans les autres contrées.

Au Maroc, les auteurs anglais la mentionnent; Hoest, Lamprière et Jackson en parlent aussi.

Dans la Sénégambie, elle serait plus rare sur les côtes, à Gorée, à Saint-Louis, que dans l'intérieur des terres, où l'on rencontre, d'après Thévenot (1), des ondulations fréquentes de terrain et des marécages.

Sur les côtes occidentales de l'Afrique, on observe la lèpre depuis la Sierra-Leone jusqu'aux côtes du Congo; mais elle disparaît dans le pays de Dahomé et dans le Fellah pour se montrer de nouveau dans la colonie du Cap, où existent actuellement encore deux léproseries.

Elle est endémique aussi à Madagascar, à Maurice, à Bourbon, en Mozambique, à Sainte-Hélène, aux Açores. Enfin elle est assez répandue dans l'île de Madère, et Funchal, capitale de cette île, possède encore une léproserie.

En Asie, on rencontre la lèpre en Arabie, en Syrie, en Palestine, et même, d'après Pruner (2), sur les points les plus élevés du Liban.

Dans la Perse, elle est très répandue, surtout au nord-ouest de Téhéran, dans le district de Chamsé et dans les

(1) Thévenot, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal.* Paris, 1848.

(2) Pruner, *Die Krankheiten des Orients vom Standpunkte der vergleichenden Nosologie.* Erlangen, 1847.

villes de Sendscham et de Kaswin ; les lépreux y habitent par colonies, en dehors des villes et dans un grand état de misère.

Dans le Bokhara, Burnes décrit la maladie comme fréquente sous les noms de *mukkow* et de *kolee* (1).

L'Inde renferme encore une grande quantité de lépreux ; ils sont moins nombreux dans le Dekkan, mais on en voit beaucoup sur les côtes orientales. L'hôpital des lépreux de Madras en a admis 212 en 1851 et 1852, et, d'après Morehead (2), celui de Bombay en aurait reçu 391, de 1848 à 1853 inclusivement. Dans l'île de Ceylan, c'est sur les côtes qu'on rencontre le plus d'éléphantiasiques ; il y a une léproserie à dix lieues de Columbo. Dans la presqu'île de Malacca, elle est fort répandue dans le bas peuple, pour lequel, du reste, existe un hôpital ; à Java, à Sumatra et dans l'archipel Indien, elle est fréquente ; mais elle est rare à Amboine.

D'après les récits des voyageurs, l'Australie ne paraît pas épargnée par la lèpre.

Elle règne épidémiquement aux îles Sandwich depuis 1868, et le roi d'Honolulu a dû prendre des mesures d'exception à l'égard des lépreux, en les isolant et les faisant soigner dans une île voisine (3).

La spédalskhed est si commune en Chine que, d'après Lockhardt, Wilson, Hobson et autres, on y trouve des léproseries remplies de malades, comme cela était en Angleterre, avant le quinzième siècle.

Le Kamtchatka renfermerait, dit-on, un assez grand nombre de lépreux ; mais, à ce propos, Hirsch se de-

(1) Burnes, *Calcutta med. Transactions*, vol. VII, p. 460.

(2) Morehead, *Clinical Researches on Diseases in India*, 2d edit London, 1860.

(3) Le *Journal officiel de la République française* donne une statistique des décès (juin 1874, p. 4107).

mande si l'on ne confond pas la lèpre avec la syphilis dans ses périodes secondaire et tertiaire (1).

En Europe, c'est dans le Sud-Est et dans le Nord que l'on rencontre encore quelques cas de lèpre, presque tous endémiques.

Dans les îles grecques, on en voit dans quelques villages d'Eubée et d'Andros; parmi les îles turques, on en rencontre à Ténédos, à Patmos, à Samos et surtout en Candie; dans ce dernier pays, d'après Smart, sur neuf cantons peuplés de 250000 habitants, il y aurait neuf villages de lépreux, avec 628 malades connus; et il convient d'ajouter à ce chiffre celui de 300 individus dont la maladie, encore au début, est soigneusement dissimulée par les parents des intéressés.

La lèpre est endémique dans les îles Ioniennes, particulièrement à Céphalonie; Danielssen et Bœck la signalent également dans l'île de Malte.

En Grèce, l'Église et l'État sont d'accord pour faire de la lèpre un cas de séparation entre époux. Elle subsiste encore dans le Péloponnèse, où, d'après Rigler (2), on en aurait noté 162 cas en 1840, et 350 en 1851.

La Turquie paraît aussi avoir ses lépreux; on en voit assez fréquemment à Constantinople, mais Rigler prétend qu'ils viennent de l'Asie Mineure.

En Italie, la maladie était autrefois très répandue à Comacchio, près de Ferrare; aujourd'hui elle est réduite à une douzaine de cas. Elle serait plus fréquente le long des côtes du golfe de Gênes, d'après Valentin (3), Fodéré (4), Fuchs (5), Trompeo (6), Bœck et Baumès. On en

(1) Hirsch, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*. Erlangen, 1862, Band I; 2te Auflage. Stuttgart.

(2) Rigler, *Die Turkei und deven Bewohner*, Band II.

(3) Valentin, *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1808, p. 145.

(4) Fodéré, *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, t. IV, n° 3.

(5) Fuchs, *Diss. de lepra Arabum*. Wirceburgi, 1831.

(6) Trompeo, *Giornale delle scienze mediche di Torino*, janvier 1843.

rencontrerait encore des cas isolés à Chiari et dans la petite ville de Varazze, près de Gênes. Enfin elle existerait encore à Monaco, à Pigna, à Castelfranco, à la Turbie, petit village situé entre Nice et Menton, et à San Remo, où un riche habitant du pays a laissé récemment une somme assez considérable pour faire bâtir une léproserie qui fonctionne depuis plusieurs années. Fodéré admet que les lépreux de ces pays sont des descendants des Maures, chassés du midi de la France, qui, ne communiquant pas avec leurs voisins à cause de leur maladie, auraient transmis et conservé la lèpre en se mariant entre eux. Du reste, la lèpre ne règne que sur le littoral, et *le Lépreux de la cité d'Aoste*, de Xavier de Maistre, n'est qu'un roman.

En France, on retrouve encore quelques rares lépreux dans le delta marécageux des embouchures du Rhône : à Martigues, à Vitrolles, à Berre, à Rognac et autres endroits près de Marseille. On en a aussi rencontré des cas dans les environs de Toulon, au moins dans le premier quart de notre siècle. Il résulte des travaux de Fuchs, de Danielssen et Bœck que la lèpre a perdu, en ces contrées, tout caractère épidémique. Très répandue en Auvergne à la fin du siècle dernier (1), elle a dû disparaître absolument, car on n'en fait plus mention.

Nous avons peu de renseignements sur l'état de la lèpre en Espagne ; dans tous les cas, elle y est peu fréquente. D'après Jimenez y Lorite et Montilla y Puerto, la maladie était endémique en Andalousie à la fin du dix-huitième siècle. Casal nous en dit autant de l'Asturie, où Thiéry aurait rencontré vingt léproseries (2), et ce dernier prétend que la Galice est affectée de la même façon. Parmi les provinces d'Espagne, celles où l'on rencontre actuelle-

(1) Brieude, *Hist. de la Soc. de méd. de Paris*, V, p. 311.
(2) Thiéry, *Observ. de physique et de méd. faites en divers lieux de l'Espagne*. Paris, 1791.

ment la lèpre à l'état endémique seraient, suivant Fuchs, Grasset y Nadal (1), Soares (2) et G. Borrow, la Catalogne, l'Andalousie, la Galice, l'Asturie et le royaume de Grenade. Toutefois, on n'a de documents un peu précis que pour la Catalogne, où Grasset y Nadal dit avoir rencontré beaucoup de lépreux dans les villes de Reus, Rindoms, Villaseca, Monroig, Cumbrils et autres, jusqu'à la rive gauche du Francoli, puis au delà de Tarragone dans les montagnes de Prades.

Dans le Portugal, on cite, comme centre du développement de la lèpre, le district montagneux de Lafoès, qui, d'après Baptiste (3), renfermerait dans ses 471 communes 3000 lépreux, chiffre évidemment exagéré, et que d'Almeida a réduit à 300 (4). La maladie est endémique dans les provinces de Beira et d'Algarves, ainsi qu'à Lisbonne, où, en 1820, Gomez a trouvé 40 malades dans la léproserie Saint-Lazare (5). D'après Trogher (6), la lèpre serait encore aujourd'hui assez fréquente en Portugal, où on la désigne sous son nom brésilien de *morfea*.

En Suède, d'après Huss et Berg (7), la lèpre, très répandue au commencement de ce siècle, a aujourd'hui presque entièrement disparu. Comme sièges principaux de la maladie, on cite des endroits isolés dans les provinces d'Angermanland, Medelpad, Helsingland; on a rencontré des lépreux dans les villages situés au confluent des deux bras de l'Angermanelf. De 1820 à 1840, il y avait, à la léproserie de Hernosand, 29 malades,

(1) Grasset y Nadal, *Relacion acerca de varios leprosos exist. en la villa de Reus*. Barcelona, 1820.
(2) Soares, *Jorn. da Soc. das sc. med. de Lisboa*, VI, I.
(3) Baptiste, *ibid.*, 1838, mai.
(4) Almeida, *ibid.*, 1838, août.
(5) Gomez, *Memor. sobre os meios de diminuir a Elephantiase en Portugal*. Lisboa, 1821.
(6) Trogher, *Wiener mediz. Wochenschrift*. 1853, n° 9.
(7) Berg, *Bidrag til Sveriges Topogr och Statistik*. Stockholm, 1853.

sans compter les cas répandus dans le pays; ce nombre ne s'est pas accru depuis. Dans la province de Medelpad, à Njarunda, à l'embouchure du Ljungan, la maladie ne se rencontre plus que dans le rapport d'un cas sur 400 habitants. La maladie est encore très répandue dans la province de Helsingland, surtout le long des rives souvent submergées du Ljusna, et pourtant il y a eu une certaine diminution dans ces dernières années. On l'observe encore, dans le district de Jerfsoë, dans tous les villages, sauf Loos et Hogdahl, mais par cas isolés. Il en est de même pour les provinces d'Upland et Bohuslæn, où la maladie a perdu le caractère endémique qu'elle possédait.

Dans la Norwège, la lèpre est endémique, sous le nom de spédalskhed, le long des côtes, depuis Stavanger jusqu'en Finmark. De 1848 à 1858, elle s'est même montrée à l'intérieur du pays. Une statistique, dressée en 1846 pour les contrées spécialement atteintes, a donné les résultats suivants :

Département nord du chapitre de Drontheim	1	lépreux sur	1530	habitants.
Bailliage Finmark	1	—	1393	—
Département sud du chapitre de Drontheim	1	—	968	—
Bailliage Stavanger	1	—	871	—
Bailliage Nordland	1	—	582	—
Département sud du chapitre de Bergen	1	—	580	—
Département nord du chapitre de Bergen	1	—	272	—

D'ailleurs ces chiffres ne donnent pas une idée bien nette de la répartition de la maladie dans les contrées isolées du pays ; en effet, dans les districts les plus éloignés de la côte, on ne rencontre que peu ou point de lépreux. Pour ne prendre qu'un exemple, la paroisse d'Askerold (chapitre de Bergen) ne comptait que 42 lépreux sur environ 4000 habitants, non compris, il est

vrai, ceux qui avaient été admis à l'hôpital Saint-Georges. En 1846, le chiffre officiellement connu des spédalsques, pour la Norwège, était de 1122. Aujourd'hui, d'après une communication faite à Albert Robin par le docteur Chanlow, chirurgien de l'hôpital de Christiania, la maladie tend à diminuer peu à peu sous l'influence des mesures énergiques prises par le gouvernement.

Tandis que la lèpre a disparu dans les îles Shetland et Feroë, depuis la fin du dix-huitième siècle, elle règne toujours en Islande, quoique à un degré moindre, d'après les assertions de Thorstensen (1), de Hjaltelin (2) et de Schleisner (3). En 1768, on y comptait 280 lépreux ; en 1838, seulement 128, et en 1848, il n'en restait plus que 66. Nous devons faire remarquer que l'épidémie de rougeole de 1837 en avait enlevé un grand nombre.

Dans la Russie, la lèpre est très répandue au Sud-Est, depuis la Crimée, le long de la mer d'Azoff et du Caucase, jusqu'à Astrakan. Elle sévit surtout parmi les Cosaques du Don et ceux de l'Oural. On a voulu voir dans l'invasion de cette maladie une importation venue de la Perse; mais, d'après Krebel (4), elle existe dans le pays depuis le quinzième siècle, et elle n'en a jamais disparu. Elle est inconnue dans le Centre ; mais, dans le Nord, elle s'observe encore en Finlande, en Courlande et en Esthonie.

Enfin, dans les autres pays de l'Europe (Angleterre, Danemark, Allemagne, Pays-Bas, Suisse), on peut en noter encore, dans le siècle où nous vivons, quelques cas rares, très isolés, et sans doute d'origine étrangère.

(1) Thorstensen, *Nogle Bemarkninger om de Islandske Spedalskhed* (*Bibliothek for Lages*. Kjobenhavn, 1830, t. XIII, p. 91).

(2) Hjaltelin, *Om den Islandske Spedalskhed* (*Ugeskrift for Laget*. Kjobenhavn, 1841, t. XIII). — *Spedalskheden eller Leproserne*, etc. Kjobenhavn, 1843.

(3) Schleisner, *Island undersögt fra et Lægevidenskabel Synspunkt*. Kjobenhavn, 1849, p. 22.

(4) Krebel, *Med. Zeitung Russlands*, 1846, n° 38.

Sur le continent américain, nous trouvons la lèpre très répandue au Mexique, dans une partie de l'Amérique centrale, au Brésil et dans la plupart des îles de l'archipel des Antilles.

Au Mexique, la maladie, très anciennement connue, a probablement été importée par les nègres. Elle se rencontre, d'après Blaquière (1) et Newton (2), dans un grand nombre de localités, et c'est surtout sur les Indiens qu'elle règne endémiquement. Ce n'est pas seulement sur le littoral qu'on la rencontre, mais aussi dans des stations situées à plus de 1000 pieds au-dessus du niveau de la mer, suivant la remarque qu'en fait Simpson (3), d'après les communications dues à Cheyne.

Aux Antilles, la maladie, connue sous le nom de *cocubra*, appartient presque exclusivement aux nègres et aux gens de couleur, sans que les individus de la race blanche en soient exempts. Elle est et elle a toujours été très inégalement répandue dans les différentes îles : c'est ainsi qu'elle est fréquente à la Guadeloupe, d'après Peyssonnel (4), aux Barbades, d'après Hillary (5), à Cuba, à la Jamaïque, suivant Hunter (6) et Fiddes (7) ; elle n'est pas rare à Saint-Barthélemy, d'après Leurent (8), et on n'en observerait que des cas isolés à la Martinique, à Porto-Rico, à Sainte-Lucie, d'après Savaresy, Thomas de Cordoue (9) et Levacher (10). Ce dernier n'en a pas vu un

(1) Blaquière, *Journal des connaissances médicales*, novembre 1838.
(2) Newton, *Med. Topography of the city of Mexico*. New-York, 1848.
(3) Simpson, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. LVII, p. 410.
(4) Peysonel, *Philosophical Transactions*, vol. L, part I, p. 38.
(5) Hillary, *Observ. on the changes of the air and the concomitant epidemical Diseases in the Island of the Barbadoes*. London, 1766.
(6) J. Hunter, *Observ. on the Diseases of the army in Jamaica*. 2e édit., London, 1796.
(7) Fides, *Edinburgh med. Journ.*, 1857, July.
(8) Leuven, *Svensk. Läk Sällsk. Handl.*, II, p. 177.
(9) Thomas de Cordoue, *Memor. geogr. de la Isla de Puerto-Rico*. Sanmiltan, 1831.
(10) Levacher, *Guide médical des Antilles*. Paris, 1840, p. 263.

seul exemple, à Sainte-Lucie, dans un espace de quatre ans.

Elle est à peu près inconnue dans les États de Nicaragua, même le long des côtes. Par contre, elle abonde dans les anciennes colonies espagnoles de l'Amérique du Sud, la Nouvelle-Grenade, le Vénézuela et l'Équateur. Déjà Ulloas avait signalé une énorme quantité de lépreux à Carthagène et dans les environs. Restrepo (1) parle de la lèpre comme endémique à Bogota, Trenja, Casanare, Socorra, Pamplona et autres localités. Après lui, Echeverria (2), lépreux lui-même, a décrit les cas de lèpre qu'il a observés à la léproserie de Quito.

Dans les Guyanes, les travaux de Schilling, de Nissœus, de Dazille (3), de Bajon (4) et autres, au siècle dernier, confirmés par les recherches plus récentes de Hasselaar (5), Bergeron (6), Noyer (7) et Hancock (8), nous ont appris l'endémicité de la maladie, qui est connue sous les noms de *mal rouge*, *cocobé*, *boasie ;* ils s'accordent à en attribuer l'importation aux nègres. Noyer prétend qu'il y a toujours une moyenne de soixante lépreux à la léproserie de la petite île de la Mère ; ce nombre, d'après les malades eux-mêmes, serait très inférieur à celui des sujets lépreux habitant Cayenne. En 1855, on écrivait de Surinam que la lèpre avait pris, dans les derniers temps, une si grande extension, que son extirpation paraissait tout à fait impossible (9).

(1) Restrepo, *Memor. al primero Congreso const. de Columbia*, etc. Bogota, 1823.

(2) Echeverria, *Mémoire sur la lèpre.* Rapport par Gibert (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 851).

(3) Dazille, *Observ. sur les mal. des nègres.* Paris, 1792, t. II.

(4) Bajon, *Mal rouge de Cayenne.* Paris, 1777-1778.

(5) Hasselaar, *Beschryv. der in de Kolon. Surinam vookomm. Elephantiasis en Lepra.* Amsterdam, 1835.

(6) Bergeron, *Du mal rouge observé à Cayenne.* Paris, 1825.

(7) Noyer, *Revue médicale*, mai 1834.

(8) Hancock, *London med. Gazette*, 1837.

(9) Rapport in *Nederland. Tydschrift voor Geneeskunde*, 1858, II.

Au Brésil, la maladie est répandue plus qu'en aucun autre pays du monde, suivant l'opinion de Sigaud (1), Rendu (2), Lallemand, Dundas (3), Tschudi (4) et autres. Elle y est connue sous le nom de *morfea :* elle est endémique dans tout le pays, à l'exception des deux provinces du Rio-Grande et de Maranhão, complètement épargnées d'après Rendu et Plagge. Elle règne surtout dans les provinces marécageuses de Malto Grosso, de Minas-Geraes et de San-Paulo. Elle est si fréquente en ces lieux que, sur les limites des provinces de Minas-Geraes et de San-Paulo, Tschudi prétend qu'il n'est pas une famille dans laquelle on ne trouve au moins un lépreux. Malgré cela, il n'y a que trois léproseries au Brésil, aux environs des trois villes de Rio-de-Janeiro, de Bahia et de Fernambouc.

Dans les États du Rio de la Plata, la maladie, peu connue d'après Brunel (5), ne serait endémique que dans les provinces du Parana et de l'Uruguay.

On n'en fait aucune mention au Chili ni au Pérou, et pourtant on voit des Chiliens et surtout des Péruviens lépreux venir à Paris, de temps à autre, demander la guérison de leur maladie à notre climat ou à nos lumières scientifiques.

Dans l'Amérique du Nord, la lèpre est peu répandue : Blaschke l'aurait rencontrée aux îles Unimak et Pawlowskaja, du groupe des Aléoutiennes (6). On l'observerait aussi dans le nord du New-Brunswick, dans la pro-

(1) Sigaud, *Du climat et des maladies du Brazil.* Paris, 1844, p. 157, 164, 382.

(2) A. Rendu, *Études topographiques médicales, et agronomiques sur le Brésil.* Paris, 1848.

(3) Dundas, *Sketches of Brazil.* London, 1852, p. 359.

(4) Tschudi, *Wiener med. Wochenschrift,* 1858, n° 31. — *Gazette médicale de Paris,* 1848, n° 31.

(5) Brunel, *Observ. topogr. faites dans le Rio de la Plata.* Paris, 1842.

(6) Blaschke, *Topogr. med. porti novi Archangeli.* Petropoli, 1842, p. 75.

vince appelée Acadie; c'est là du moins l'opinion de Skene (1), Boyle (2) et Alexander (3). Au Canada et aux États-Unis, la lèpre serait complètement inconnue.

Hygiène publique et police médicale. — Dès la plus haute antiquité, les législateurs se sont préoccupés de la lèpre et ont fait des règlements pour s'opposer à son extension. Moïse est le premier qui nous ait laissé, aux chapitres XIII et XIV du Lévitique, un ensemble de mesures hygiéniques, prophylactiques et répressives contre les lépreux. Ceux que les prêtres avaient déclarés impurs devaient sortir du camp (*Nombres*, V, 1-4) avec leurs habits déchirés et souillés, la tête nue, la bouche enveloppée, et rester séquestrés jusqu'à ce qu'un nouvel examen du prêtre les déclarât guéris, et permît de faire sur eux l'offrande des sacrifices expiatoires. Ces règles étaient si précises et si sévères que la sœur de Moïse, atteinte de lèpre, se vit refuser l'entrée du camp, et que, plus tard, un roi, affecté de la même maladie, dut lui-même se soumettre à la séquestration (*Rois*, XV, 5).

Un peu plus tard, nous trouvons, dans les écrits de Susrutas et d'Archigène, des preuves que la lèpre était réglementée en Perse, 600 ans avant Jésus-Christ, et, dans l'Inde, à peu près vers la même époque.

Il nous faut arriver à Arétée pour retrouver une relation des mesures hygiéniques établies contre cette maladie; comme Moïse, il conseille la séquestration des malades, et il ajoute que c'est non seulement d'après des lois positives qu'elle avait lieu, mais aussi d'après la volonté des malades eux-mêmes.

Nous devons franchir une longue période de temps et arriver au huitième siècle pour voir la séquestration mise

(1) Skene, *London medic. Gazette*, 1844, June, p. 353.
(2) Boyle, *ibid.*, August, p. 609.
(3) J. E. Alexander, *L'Acadie, or Seven Year's Exploration in British America*. London, 1849, vol. II, p. 226.

en pratique par la fondation de léproseries, sous la direction de Nicolas de Corbie en France, et de l'abbé Othmar en Allemagne. C'est en 757, pour la première fois, qu'on rencontre des édits de Pépin le Bref réglant la dissolution du mariage des spédalsques ; la constatation de la lèpre sur l'un des conjoints entraînait le divorce, et celui des deux qui était sain pouvait se remarier. En 789, Charlemagne rendit des Ordonnances sur le même sujet, et, parmi les plus anciens documents de cette sorte, on cite les édits du roi welche Hot-Dha, en Grande-Bretagne, mort vers 950 ; il y est défendu à deux conjoints, dont l'un est atteint de lèpre, de cohabiter ensemble, et il leur est ordonné de se séparer.

Mais déjà, depuis longtemps, l'usage avait établi une série de défenses à l'égard des individus affectés de la lèpre ; ils ne devaient point pénétrer dans les villes, sauf à des époques déterminées, Pâques, Noël ; ils devaient annoncer leur approche par un bruit de crécelle, de sonnette, ou se faire remarquer par un vêtement d'une couleur indiquée. Ils ne pouvaient manger avec des individus sains, entrer dans les maisons, ni s'approcher de trop près de ceux qui n'avaient point la maladie. Le lépreux était réputé comme décédé ; avant de l'isoler du commerce de ses semblables, on récitait sur lui les prières des morts ; bref, il était mort civilement, c'est-à-dire incapable de gouverner ses biens, de tester, d'être appelé en témoignage, etc.

Dans les Pays-Bas, la spedalskhed apparut vers le douzième siècle, tandis qu'en Angleterre elle s'était déjà montrée en 750 ; vers la fin du onzième siècle, Lanfranc, évêque de Canterbury, y avait fondé deux léproseries. En Scandinavie et en Russie, la prophylaxie de la lèpre a été encore plus tardive ; ce n'est qu'aux douzième et treizième siècles que l'on établit des lazarets destinés à isoler les malheureux spédalsques.

La Suède, la Norwège et le Danemark eurent également, mais assez tardivement, leurs statuts contre ce terrible mal : ils défendaient, dans le mariage, à l'un des conjoints d'infecter l'autre ; ils permettaient en outre à l'époux sain de se remarier quand sa femme était internée à l'hôpital Saint-Georges, de Bergen, pour cause de spedalskhed ; les lépreux étaient exempts du service militaire (loi norwégienne de Gulathing), et un statut urbain général (1443) du roi Christophe de Danemark ordonnait au malade de se transporter à l'hôpital Saint-Georges, dans un certain délai, sans quoi il devait y être transporté avec ses biens, à ses frais et dépens.

Des léproseries. — On a d'abord construit, pour la séquestration des lépreux, de petites huttes misérables, disparues depuis longtemps dans les pays civilisés, et dont Bœck a retrouvé des traces incontestables dans l'île de Syra, et Savary près d'une route, dans l'île de Candie. Mais l'augmentation rapide du nombre des lépreux et les progrès de l'hygiène hospitalière firent fonder des maisons plus grandes et plus salubres, destinées plutôt à isoler les malades qu'à les guérir, et qui ont reçu, suivant les pays, des dénominations diverses (*misellaria*, *mezelleries*, *ladreries*, *maladreries*, *aussatzhauser*, *malanteries*, *leper-hospitals*, *léproseries*). Ces établissements étaient, en général, dirigés par les ecclésiastiques d'un monastère voisin, et affectés à la partie la plus pauvre de la population, ou gérés par des individus lépreux eux-mêmes et n'admettant que les malades des classes riches de la société. Chacune de ces maisons était munie d'une bulle papale, et elle était pourvue de son prêtre, de sa chapelle et de son cimetière ; Bœck a retrouvé un de ces cimetières au voisinage de Martigues. Il se fonda aussi un ordre de chevalerie, au moyen âge, pour soigner et recueillir les lépreux ; ce furent d'abord les chevaliers de Saint-Lazare, ou de Saint-Marys, de Jérusalem, réunis plus tard aux

ordres militaires de Notre-Dame du Carmel et de Saint-Maurice; l'ordre de Saint-Lazare subsiste encore en Italie, quoiqu'il ne se consacre plus aux mêmes devoirs que les anciens chevaliers du moyen âge. A une certaine époque, les chevaliers de Saint-Lazare admirent parmi eux des chevaliers lépreux, et il vint même un moment où le grand maître de l'ordre devait être un lépreux.

Les léproseries étaient dotées chacune d'une façon très différente; les unes étaient riches, tandis que d'autres ne jouissaient que d'un très faible revenu; et pourtant, dans chaque pays, une réglementation spéciale établissait la nourriture, le vêtement et l'argent à donner à chacun des malades. Les règlements intérieurs différaient aussi beaucoup, suivant les lieux, sous le rapport de la sévérité; en Angleterre, la désobéissance des lépreux aux lois et ordonnances était punie de mort (Arnotts, *History of Edinburgh*, p. 258); ailleurs, la communication des spédalsques avec les individus sains n'était punie, pour les premiers, que par le régime du pain et de l'eau. Les ecclésiastiques qui étaient admis dans les léproseries étaient tenus de réciter, chaque jour, un certain nombre de prières pour l'âme des malades, et ceux-ci devaient assister à des offices fort longs dans le plus profond silence, sous peine de châtiments plus ou moins sévères. Enfin, aucune femme ne pouvait pénétrer à l'intérieur d'une de ces maisons, sans une autorisation expresse de celui qui la dirigeait.

Les premières traces de léproseries remontent chez nous au sixième siècle, en 571, où il en existait une dans le Charolais. Puis vinrent, au huitième siècle, les établissements dirigés par l'abbé Othmar en Allemagne, et en France par l'abbé Nicolas de Corbie. Bientôt ils se multiplièrent au point que l'on en rencontrait parfois plusieurs dans la même ville. « Il n'y avoit ny ville, ny bourgade, qui ne fust obligée de bâtir un hospital pour

les retirer » (Mézeray, *Histoire de France*, 1645, t. II, p. 168). Il en fut de même en Irlande, en Écosse et en Angleterre; les villes de Norfolk et de Norwich, possédaient, la première dix-huit, et la seconde vingt léproseries.

La Norwège dut son premier hôpital de lépreux au roi Magnus Haakonson (1276), qui le fonda à Bergen; en 1311, fut élevé l'hôpital Saint-Georges, qui remplaça le premier; aujourd'hui encore, on compte, dans ce pays froid, un certain nombre d'hôpitaux de spédalsques.

En Islande, les vestiges des quatre léproseries ne remontent pas au delà de 1652, bien qu'un passage de Bartholin fasse présumer qu'il en existait déjà avant cette époque.

En Suède, en 1631, il existait un hôpital à Kronosborgs; mais dès 1248 et 1252, le cardinal Wilhem et le roi Christophe Ier accordaient des indulgences et des honneurs aux bienfaiteurs de la léproserie de Lund (Suhm, *Danemark's History*, t. X, p. 109 et 225).

Dans le Danemark, il y avait un certain nombre d'hôpitaux importants affectés à l'entretien des lépreux; car, en 1537, le roi Christian III, constatant la diminution du fléau, ordonnait que les maisons et les biens, dont on avait doté le service des spédalsques, rentrassent dans l'entretien des hôpitaux généraux.

En Grèce, l'île de Santorin entretenait une petite léproserie; mais il y en avait, à Chio, une grande et très importante, que les Turcs ont saccagée dans une guerre.

En dehors de l'Europe, indiquons les établissements les plus connus et les plus importants. Dans l'île de Madère, à Funchal, existait une léproserie considérable, dont Adams rapporte la statistique depuis l'année 1702, et il croit qu'elle ne remonte pas à une époque plus éloignée. Jackson indique une léproserie au Maroc, et il en donne la description. D'après Pococke, Riedesel et autres, il y

avait en Asie Mineure des léproseries affectées, partie aux chrétiens, partie aux mahométans.

Comme nous l'avons déjà vu, avec le déclin de la maladie, des décrets affectèrent aux hôpitaux généraux les asiles et les biens consacrés primitivement à l'usage des spédalsques; ainsi fit François Ier, au seizième siècle; des mesures identiques furent prises en Angleterre et en Écosse. Mais, en outre, une étude plus approfondie des maladies de la peau, une perfection plus grande du diagnostic, une diminution réelle du nombre des lépreux due à de meilleures conditions hygiéniques, permirent de supprimer la séquestration des malheureux atteints de la lèpre, qu'on demande aujourd'hui de rétablir sous l'influence du retour de certains médecins à la doctrine de la contagion.

Nature et siège. — La plupart des auteurs qui se sont occupés de la lèpre ont émis des opinions variées sur la nature de cette affection: les uns la considèrent comme une maladie de la peau, les autres comme le résultat d'une altération des humeurs, et particulièrement du sang, dernière opinion soutenue par Danielssen et Bœck, qui ont cru trouver la cause de la lèpre dans une dyscrasie albumino-fibrineuse du liquide sanguin. Je ne m'arrêterai pas à énoncer et à discuter ces opinions, qui ne reposent que sur des hypothèses; je dirai seulement que l'éléphantiasis des Grecs ne peut être considérée comme une maladie de la peau, les lésions cutanées ne constituant qu'une partie de l'affection étendue à plusieurs appareils. Puis, me rapprochant de l'opinion émise par Bazin, qui considère la lèpre comme une maladie constitutionnelle, je ne fais pas difficulté de placer cette maladie à côté de la scrofule et de la syphilis. De plus, la découverte récente des bacilles de la lèpre répandus en si grand nombre dans tous les tissus des lépreux, permet de considérer l'éléphantiasis comme une maladie géné-

rale parasitaire et inoculable. D'un autre côté, les troubles profonds observés dans la nutrition, dans la sensibilité des tissus et dans la motilité, me font incliner à penser que, tout en admettant un point de départ parasitaire, les diverses altérations organiques sont la dépendance d'une affection du système nerveux central, siégeant plus particulièrement dans la moelle épinière. Les altérations presque constantes du sentiment, les ulcérations, les mortifications des extrémités semblent, en effet, indiquer des lésions des cellules sensitives et des cellules trophiques, et ces lésions, en s'étendant aux cellules excito-motrices, peuvent amener les rétractions musculaires, l'atrophie des muscles, la paraplégie, accidents plus rares, mais qui ont cependant été observés. L'étude des symptômes développés dans la lèpre, leur rapprochement avec ce qu'on observe dans d'autres maladies nerveuses, autorisent évidemment à émettre cette opinion sur le rôle primitif des lésions du tissu nerveux ; et, quoique la démonstration précise manque encore, les autopsies n'ayant pas été faites jusqu'à présent avec le soin et avec la minutie désirables, nous ne croyons pas nous tromper en annonçant que bientôt la physiologie pathologique de la lèpre sera éclairée par des recherches anatomo-pathologiques plus exactes et plus approfondies, et que ces travaux devront certainement faire reconnaître des lésions dans les centres nerveux.

Traitement. — Je diviserai le traitement en prophylactique, palliatif et curatif, ou plutôt j'indiquerai à chacun de ces points de vue les méthodes qui ont été successivement préconisées pour soigner la lèpre. Jusqu'ici aucune méthode curative absolue n'a été indiquée, et le spécifique de cette terrible maladie reste encore à découvrir ; mais il est certaines indications, fournies par l'étude de la marche et des symptômes, auxquelles

il faut se soumettre, et sur lesquelles je tâcherai d'insister.

Depuis longtemps déjà, la prophylaxie de la lèpre a été indiquée. En effet, c'est sous ce rapport que les lois de Moïse parlent de l'hygiène des malades et de leurs habitations, qu'Arétée conseille la plus grande propreté de la peau, la séparation des individus sains et de ceux qui ne le sont pas, et que l'on retrouve dans les anciens auteurs et dans les vestiges des bains publics l'importance qu'attachaient les Romains à la minutieuse propreté du corps.

Dans le même but, et pour éviter la propagation de la lèpre, les malades doivent éviter leurs semblables non contaminés, habiter dans un endroit salubre, non humide, voyager et changer de climat ; ils doivent également se livrer à la marche et aux exercices corporels, entretenir la peau dans un état de propreté parfaite, de manière à favoriser, autant que possible, les fonctions sécrétoires de l'enveloppe cutanée.

Le traitement palliatif est celui qui comprend certaines méthodes s'adressant à tel ou tel symptôme, mais ne pouvant modifier la maladie dans son essence. C'est sous ce titre que nous rangeons la pratique de Baumès, qui exerçait sur les tubercules une compression, afin d'en favoriser l'absorption, lorsque ceux-ci n'étaient pas encore arrivés à la période d'ulcération. Le même auteur appliquait aussi sur les tubercules, spécialement au visage, des vésicatoires qu'il pansait avec un onguent caustique d'axonge et de nitrate d'argent.

Tous les remèdes externes rentrent dans le traitement palliatif, et, si un certain nombre de ces moyens ont paru réussir, c'est que la lèpre était déjà en voie de guérison. La pratique des bains médicamenteux excitants est ancienne ; on a ordonné des bains de sang de tortue, de sang canin, de lait de jument, etc. Les bains les plus

employés aujourd'hui sont les bains alcalins et les bains sulfureux; on s'est trouvé bien également, dans certains cas, de toucher les tubercules, avant ou après leur ulcération, avec de l'acide phénique, étendu d'eau ou d'alcool. Les onguents les plus variés ont été appliqués sur les tubercules durs ou ramollis et ulcérés. Les onguents mercuriels (Mauricio), iodurés (Hjaltelin), à la poix, au goudron, au suif, à l'huile de poisson, les lotions à l'acide muriatique dilué, à l'acide citrique, au jus de tabac, à la créosote, ont été tour à tour préconisés et oubliés.

Les Arabes et spécialement Albucasis conseillaient l'acide sulfurique et même le fer rouge pour la destruction des tubercules.

Les sétons, les cautères, les saignées, l'électricité ont eu aussi leurs partisans. Candide affirme avoir vu disparaître des taches sous l'influence de la bouteille de Leyde, en même temps que la sensibilité perdue reparaissait.

Je ne parlerai que pour la réprouver d'une pratique barbare, qui a été en honneur autrefois, surtout en Islande : je veux parler de la castration. D'après l'opinion accréditée qu'un lépreux ne voyait plus s'aggraver sa maladie, après s'être fait enlever les testicules, il s'est trouvé des médecins assez hardis pour conseiller la castration comme moyen préventif. Sans entrer ici dans la discussion de l'influence de cette méthode, peut-être serait-il bon de faire observer que ce n'est en somme que la conséquence ultime de la théorie de la séquestration des spédalsques pour les empêcher de se reproduire.

Dans le traitement curatif, on voit figurer toute la longue série des médicaments internes, et tous les essais plus ou moins hasardeux et aveugles qui ont été tentés. Schilling traitait ses malades par une diète rigoureuse,

en pansant les ulcères avec la teinture de myrrhe, d'aloès et de succin, de façon à les préserver de tout contact avec l'air extérieur; peu à peu la peau se ramollit et elle tombe, souvent dans une très grande étendue : alors apparaît une peau ténue, molle, d'une sensibilité extrême, et qui ne devient normale qu'avec les plus grands ménagements. Le traitement doit être continué pendant des mois, et même des années; mais on se relâchera de la sévérité de la diète, et l'on permettra un peu de nourriture.

La théorie qui consiste à regarder la lèpre comme une forme du scorbut, a inspiré à certains auteurs la médication antiscorbutique; parmi eux, il faut ranger surtout les médecins islandais, Bjarn, Povelsen, Thorstensen, Peterson; mais, ainsi que le fait remarquer Hjaltelin, ces essais n'auraient pas été suivis de succès.

Le mercure, proscrit en général dans la lèpre, peut rendre quelques services, paraît-il, sous forme de solution de sublimé, employée localement, sur la peau altérée. En dehors de ce cas, le médicament n'est pas seulement inutile, il est nuisible.

L'antimoine a paru exercer une influence heureuse entre les mains de Martius et d'Hillary. A forte dose, il opère comme purgatif; à moindre dose, comme résolutif, et, en même temps, comme diurétique et sudorifique. Les préparations les plus usitées sont le tartre stibié et le soufre doré d'antimoine.

L'arsenic est un assez bon médicament, mais son influence ne dure pas; on emploie, dans l'Inde, un mélange d'arsenic et de poivre sous forme de pilules; on l'administre aussi en solution (liqueur de Fowler), et Biett l'a beaucoup conseillé chez nous, au début de la maladie. La préparation, qui paraît le mieux réussir, serait l'arséniate de fer; j'ai quelquefois employé ce médicament avec une apparence de succès.

L'iode, à son apparition, a d'abord semblé un spécifique de la lèpre. Biett l'a administré le premier, et, aujourd'hui encore, Hjaltelin donne 30 à 40 gouttes par jour d'une dissolution d'iodure de fer dans l'alcool.

Ce n'est que pour mémoire, et sans les discuter ici, que nous mentionnerons l'usage interne du *menthastrum silvestris* (Pline), de l'*asclepias gigantea*, de l'*anabasis aphylla* (Gmelin et Pallas), de l'aconit, de la ciguë, du *ledum palustre*, de la noix muscade, de la douce-amère, du plantain, du garou, etc. La chair de serpent et de grenouilles a joui autrefois d'une réputation de vertu toute-puissante ; elle est encore employée aujourd'hui aux Antilles, dans l'île de Cuba, mais sans plus de succès.

La créosote et la térébenthine n'ont donné aucun résultat satisfaisant entre les mains de Hjaltelin.

L'huile de Chaulmoogra, essayée par Hillairet, à la dose de 2 à 50 gouttes, deux fois par jour, n'a pas paru plus efficace que l'hydrothérapie, ou la médication alcaline employée par Bazin.

L'hydrocotyle asiatica, beaucoup trop vantée, a pu donner quelques résultats avantageux momentanés, qui n'ont pas tardé à s'effacer. Le docteur Lépine (1), dont on a cité la prétendue guérison par ce médicament, mourut de la lèpre même, deux ou trois ans après le moment où on l'avait déclaré guéri.

Le seigle ergoté, employé par Hillairet, à cause de son action sur les capillaires sanguins, n'a jusqu'ici donné aucun résultat. Dans les cas de contractures, Duchenne (de Boulogne) a employé l'électricité, sans en obtenir un succès bien réel; je l'ai essayé en vain contre l'anesthésie.

(1) Lépine, *De l'hydrocotyle asiatica*. Pondichéry, 1853. — *Revue maritime et coloniale*, 1854. — Lecoq, *Coup d'œil sur la valeur thérapeutique de l'hydrocotyle asiatica* (*Bull. de thérap.*, 1859).

En résumé, le traitement de la lèpre doit comprendre les points suivants :

Soins de propreté très grands; bains simples ou aromatisés fréquents. Lavages des plaies avec une solution de sublimé ou une dissolution d'acide phénique; celui-ci a une influence assez notable sur la disparition des tubercules, qui ne laissent alors qu'une cicatrice à peine visible. Administration de médicaments toniques, de diverses préparations, telles que celles de quinquina, de gentiane, de l'iodure de fer, de l'arséniate de fer; emploi des bains sulfureux, et particulièrement des eaux sulfureuses naturelles en boissons et en bains. Je me suis bien trouvé de l'emploi des eaux de Bagnères-de-Luchon, pour arrêter les progrès de la maladie, et même dans quelques cas rares, pour en assurer la guérison. Alimentation modérée : on interdira un régime trop azoté : pas de viande de porc, ni de salaisons, ni de crustacés; point de graisses, ni d'alcools; le régime lacté peut être conseillé. Enfin les symptômes incurrents seront combattus par les moyens appropriés. En terminant, je ne saurais trop insister sur ce point d'humanité : le lépreux ne doit pas être un objet d'horreur : il doit, au contraire, inspirer la pitié et le dévouement.

h. Éruptions cancéreuses; cancer de la peau.

Je n'ai pas l'intention, à propos des tumeurs cancéreuses de la peau, d'exposer et de discuter les doctrines qui ont régné en médecine, relativement à la définition et à la nature du cancer ; cette question n'est pas encore complètement éclairée aujourd'hui, mais en me plaçant au point de vue clinique, je rangerais parmi les productions cancéreuses de la peau, les tumeurs cutanées ayant

de la tendance à s'ulcérer, à envahir les parties voisines, à se généraliser et pouvant amener la mort avec des accidents de cachexie.

D'après cette manière de voir, on doit placer au nombre des affections cancéreuses de la peau, les tumeurs cutanées épithéliales, les tumeurs sarcomateuses et les tumeurs carcinomateuses. Dans ce groupe, devraient figurer également les lymphadénomes cutanés, dont nous avons donné la description après celle des éruptions dartreuses, et qui se rapprochent évidemment, par leur structure et par leur marche, des tumeurs cancéreuses.

§ 1er. — Tumeurs cutanées épithéliales; cancer épithélial.

Définition. — Sous les noms de *cancroïde*, d'*épithélioma*, de *cancer épithélial*, de *noli me tangere*, d'*ulcère rongeant*, on a décrit une lésion particulière de la peau, apparaissant sous forme d'une petite tumeur ou d'une fissure, et formée anatomiquement par l'infiltration dans l'épaisseur de la peau, d'éléments épithéliaux analogues à l'épithélium normal; cette lésion a une grande tendance à s'étendre en envahissant les parties voisines, à gagner les ganglions lymphatiques et peut même se généraliser.

Anatomie pathologique. — Le cancroïde de la peau se rapporte le plus ordinairement à la variété d'épithélioma décrite en anatomie pathologique sous le nom d'épithélioma pavimenteux. A l'œil nu il se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins saillante, ayant l'aspect d'une verrue, d'une fissure ou d'une saillie papilliforme; à un degré plus avancé il existe une ulcération à surface assez sèche et entourée de bords durs, souvent renversés en dehors. L'aspect de la tumeur est

granulé, sa surface de section laisse voir un tissu gris ou rosé, sur lequel tranchent des points opaques et d'autres translucides, et quelques tractus fibreux. La consistance de la tumeur est inégale, friable en certains points, plus ferme dans d'autres ; ordinairement elle se laisse déchirer facilement, ce qui lui a fait donner, par Cruveilhier, le nom de cancer fragile. La surface de section est assez sèche, il y a peu de suc, et par le raclage on obtient des grumeaux opaques qui ne se mélangent pas à l'eau comme le suc du carcinome, lequel est miscible à l'eau, qu'il trouble uniformément.

Au microscope on trouve des cellules épidermiques de forme variée, ayant un noyau petit, ordinairement unique ; les unes sont sphériques et distendues par une vésicule colloïde ; les autres présentent un ou plusieurs prolongements, elles paraissent fusiformes lorsqu'on les voit de profil et plates lorsqu'elles se montrent de face ; on trouve encore dans certains cas des globes composés de cellules épidermiques disposés en couches concentriques, comme les folioles d'un oignon. Ces cellules agglomérées constituent des lobules (*épithélioma pavimenteux lobulé*), et ces lobules sont séparés les uns des autres par un stroma du tissu conjonctif, peu épais, servant de soutien aux vaisseaux peu nombreux, peu volumineux d'ailleurs, et qui ne pénètrent pas dans les masses épithéliales. Plus tard, ces cellules peuvent, en se desséchant, subir une transformation cornée, ou, au contraire, devenir vésiculeuses, et constituer la variété *colloïde*. Par le fait de l'oblitération ou de la compression des vaisseaux, ces tumeurs peuvent se ramollir et s'ulcérer ; le développement du tissu conjonctif, à la surface des ulcérations, peut alors être assez intense pour donner naissance à des bourgeons charnus donnant à la tumeur un aspect papilliforme.

Le développement de l'épithélioma lobulé a lieu le

plus souvent par une extension du corps muqueux dans le fond des espaces interpapillaires de la peau, et plus tard dans l'épaisseur du derme. Mais le tissu nouveau peut naître aussi aux dépens de l'épithélium des follicules pileux et sébacés, et de celui des glandes sudoripares, et de là s'étendre en gagnant les parties voisines. Toutefois je dois dire que ce début par les glandes cutanées a été nié par Mathias Duval; sans être constant, je crois qu'il peut avoir lieu dans certains cas.

L'épithélioma peut se reproduire par des nodules de même nature, qui prennent naissance loin de la tumeur primitive, dans les ganglions et dans les viscères intérieurs, tels les poumons, le foie, les reins; mais ces productions secondaires viscérales n'ont lieu que rarement, et le plus ordinairement le cancroïde reste cantonné dans la peau et dans les ganglions lymphatiques voisins de la région affectée.

Symptômes. — Le début du cancroïde cutané est ordinairement insidieux; la maladie commence par une petite saillie verruqueuse, papillaire, ou bien par une petite squame épidermique surmontant une légère saillie ou recouvrant une légère excoriation, quelquefois encore, par une petite fissure recouverte par une croûte sèche, aplatie et peu volumineuse. Puis, au bout d'un temps variable, qui peut être très long, de plusieurs années, une ulcération s'établit, s'agrandit en étendue et en profondeur, et prend alors des caractères particuliers: la surface ulcérée est inégale, bourgeonnante, d'un rouge terne, quelquefois tapissée d'un enduit pulpeux; elle suppure peu, il y a quelquefois un peu de sang mêlé au pus, et, circonstance importante, avec les progrès de l'ulcération, la plaie bien délimitée présente des bords durs, saillants, souvent renversés en dehors; sur la partie périphérique de ces bords existent habituellement des croûtes formées par la dessiccation de l'humeur qui coule

de la plaie, ou encore des écailles épidermiques qui résultent de l'inflammation de la peau par le contact du pus. La dimension de l'ulcère est variable : elle peut être très faible et d'autres fois elle peut mesurer un ou deux centimètres; de plus, la forme de l'ulcère est souvent arrondie, mais elle est quelquefois allongée ou même très irrégulière dans ses contours.

Le cancroïde est souvent tout à fait indolent; dans certains cas il est le siège d'un léger prurit ou de quelques élancements, mais les douleurs vives sont rares; dans le début, la démangeaison invite les malades à se gratter et ils enlèvent ainsi constamment la squame ou la croûte qui recouvre la petite ulcération. Cette irritation répétée peut contribuer au progrès du néoplasme.

Le cancroïde cutané peut siéger dans toutes les régions, mais il se développe le plus souvent à la face, sur le nez, sur les joues, aux angles des paupières, aux lèvres, et principalement à la lèvre inférieure. J'en ai vu quelques exemples au pénis, aux orteils, aux doigts.

Habituellement, le cancroïde cutané est unique; dans certains cas il en existe plusieurs dont le développement a été successif, et, comme ils sont presque toujours alors dans la même région, ils peuvent se réunir par le fait de leur accroissement excentrique.

Marche, durée, terminaison. — Le cancer épithélial a une marche très lente, souvent il reste à la première période sous forme de verrue ou de légère excoriation pendant des années, sans augmenter d'étendue; et lorsque l'ulcération est arrivée, celle-ci reste souvent stationnaire ou n'augmente que bien lentement d'étendue et de profondeur. Dans quelques cas cependant la marche de la maladie peut être rapide et l'ulcération s'établit et s'étend en quelques mois.

Il faut savoir que l'épithélioma cutané peut se terminer spontanément par la guérison. On a cité des exemples

incontestables de résorption de tumeurs épithéliales, de cicatrisation d'ulcères cancroïdiens; pour ma part j'ai observé plusieurs de ces cas heureux : j'ai vu des ulcères assez étendus se cicatriser sans opération, sans cautérisation; quelquefois alors la guérison est complète; le plus souvent il survient, un peu plus tard, une récidive au même endroit ou dans un autre point, la disposition générale au cancer persistant, malgré la guérison locale. Mais le plus ordinairement la marche de la maladie est envahissante et progressive, l'ulcération s'étend en superficie, sa profondeur augmente, les ganglions lymphatiques voisins, ceux dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région dans laquelle siège la maladie, augmentent de volume, s'indurent et sont atteints de la même affection. En même temps que l'ulcération s'étend et ronge la peau ambiante, elle gagne les tissus plus profonds, les cartilages, les muscles, les os eux-mêmes; c'est ce qui arrive surtout aux paupières, au nez, aux lèvres, et il résulte de cette extension des dénudations affreuses à voir. Je me rappellerai toujours l'aspect affreux d'un homme auquel je donnais des soins et chez lequel une ulcération cancroïde ayant détruit les paupières, la peau des joues et des lèvres, on voyait à nu les globes oculaires avec leurs tendons, les muscles de la face, les os du nez et les gencives.

Lorsque l'ulcération s'est étendue et a persisté pendant assez longtemps, même sans s'étendre beaucoup, lorsque surtout les ganglions lymphatiques ont été affectés, on voit au bout d'un temps variable, et qui peut s'étendre à plusieurs années, les fonctions digestives s'altérer, les forces diminuer, la maigreur se prononcer, le teint devenir pâle et la cachexie se manifester, comme dans les autres formes du cancer. Dans ces cas, on peut souvent expliquer l'influence fâcheuse sur la nutrition par la généralisation de la lésion épithéliale, soit dans

les ganglions, soit dans les viscères, mais d'autres fois on ne peut pas constater anatomiquement cette généralisation, et la cachexie survient par le fait seul de la lésion locale et par son influence sur l'économie.

Mais précisément parce que le cancroïde cutané marche très lentement, le plus souvent ce terme fatal de la maladie par la cachexie n'a pas le temps d'arriver et le malade est enlevé par une complication telle qu'un érysipèle ou une hémorrhagie, ou par une maladie intercurrente, sans rapport avec la lésion cutanée.

Diagnostic. — Il est important de reconnaître l'épithélioma le plus tôt possible, car les chances de guérison sont beaucoup plus grandes lorsque le traitement a été appliqué avant que l'ulcère ait gagné en étendue et en profondeur. On devra soupçonner le cancroïde lorsqu'on constatera, principalement à la face, une petite ulcération bien limitée, recouverte d'une manière persistante par une squame épidermique ou par une petite croûte. Dans ce cas, l'âge du malade, le siège de la lésion, la petite étendue de l'ulcère, sa longue durée, doivent faire reconnaître la malignité de l'ulcération. J'ai dit que le cancroïde présentait quelquefois une apparence verruqueuse et papilliforme, et il est quelquefois d'autant plus difficile de le distinguer d'une simple verrue, que la face est le siège de prédilection des verrues et des épithéliomas. On reconnaîtra le cancroïde à son accroissement assez rapide et surtout à une desquamation foliacée de la saillie, ou bien à l'existence d'une ulcération à son sommet : la verrue ne desquame pas et ne s'ulcère pas.

On peut prendre pour un cancroïde des taches d'acné sébacée concrète, qui se développent assez fréquemment sur le visage de gens âgés, sous forme de plaques saillantes grises ou jaunâtres ; on reconnaîtra l'acné à la possibilité d'enlever la tache grise avec l'ongle en détachant

la matière sébacée de l'épiderme, lequel apparaît alors entier et sans solution de continuité. Toutefois on doit savoir que dans certains cas l'épithélioma commence par une accumulation de matière sébacée et que la lésion cutanée profonde se développe plus tard.

Il est rare qu'on confonde le cancroïde verruqueux avec les tubercules syphilitiques ou scrofuleux; dans ces derniers cas, la couleur des saillies tuberculeuses, leur nombre et leur agmination en font facilement reconnaître la nature. Plus tard, lorsque l'ulcération est arrivée et lorsqu'elle a une marche envahissante, ce diagnostic est plus difficile; toutefois la nature de la maladie s'établira principalement par les caractères spéciaux des bords de l'ulcère; dans le cancroïde ils sont durs, saillants et renversés en dehors; dans la syphilis, les ulcérations ont des bords bien délimités, taillés à pic et non saillants; dans la scrofule, les bords sont minces, déchiquetés et décollés.

Pronostic. — Le cancroïde est une maladie grave; malgré l'apparence de bénignité de son début, on doit savoir que c'est une maladie susceptible de s'étendre et d'amener la cachexie; toutefois sa marche est ordinairement très lente, et, lorsque le traitement est appliqué à temps la guérison peut être souvent obtenue.

Le pronostic varie suivant le siège et suivant la période de la maladie : on doit savoir que le cancroïde cutané qui se développe près des membranes muqueuses est plus grave et a une marche plus rapide, ce qui se comprend puisque l'épithélioma des membranes muqueuses est de beaucoup plus grave que celui de la peau; aussi le cancroïde des lèvres est d'un pronostic plus sérieux que la même affection développée sur les joues ou sur les tempes. A la première période, une petite ulcération, une petite saillie verruqueuse quoique de nature cancroïdienne a peu de gravité si la marche est lente; au contraire, une ulcération assez étendue, assez profonde,

avec des bords durs et saillants, se rapproche du vrai cancer pour la marche envahissante et pour la gravité. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'extension de la maladie aux ganglions lymphatiques et surtout que l'apparition des phénomènes cachectiques viennent singulièrement assombrir le pronostic.

Il est évident encore que la récidive d'un cancroïde opéré est une circonstance fâcheuse et qui vient démontrer la persistance d'une disposition générale spéciale et maligne. Cependant j'ai vu guérir des épithéliomas après deux ou trois premières opérations qui n'avaient pas amené une guérison définitive.

Étiologie. — Comme causes prédisposantes du cancer épithélial, on doit noter d'abord l'âge et le sexe ; c'est habituellement chez les gens d'un certain âge, après cinquante et soixante ans, qu'il se développe ; on en a cité quelques exemples chez des jeunes gens ; moi-même j'en ai observé quelques cas avant trente ans. La maladie est plus commune chez les hommes que chez les femmes ; cela est vrai surtout pour les épithéliomas des lèvres.

On a dit que le cancroïde naissait assez fréquemment sous l'influence de l'hérédité ; Paget a constaté cette cause prédisposante dans un vingtième des cas, et Heurtaux dans un dixième ; quoique probable, cette influence ne paraît pas si manifeste pour l'épithélioma cutané que pour les autres variétés de cancer.

Il serait intéressant de savoir si le cancroïde ne se développe pas fréquemment chez des personnes atteintes antérieurement de maladies cutanées rebelles ; Bazin et moi, nous avons noté le cancer comme une des conséquences possibles des dermatoses chroniques, mais aucune recherche spéciale n'a été entreprise relativement au rapport à établir entre les maladies de la peau et le cancer épithélial, si ce n'est, comme je l'ai dit, pour l'acné sébacée chez les vieillards ; il y a là une lacune à combler,

et elle ne peut l'être qu'à l'aide d'une statistique poursuivie pendant longtemps.

Quant aux causes efficientes du cancroïde, on ne sait pas grand'chose ; on a dit que des irritations extérieures, telles que le contact habituel d'une substance irritante, pouvaient déterminer l'apparition de la maladie sur un endroit déterminé ; on a cité des cas de cancer épithélial chez des personnes qui avaient gratté fréquemment et écorché une petite saillie verruqueuse ou insignifiante ; mais n'y avait-il pas là dès le début une production épithéliale provoquant le grattage par du prurit. On a accusé le tabac de produire l'épithélioma des lèvres chez les fumeurs, on a surtout pensé que la maladie était déterminée par le contact brûlant du cigare ou du tuyau de pipe ; mais la pipe est presque constamment appuyée sur la commissure gauche de la bouche et le cancroïde ne paraît pas plus commun en cet endroit que dans les autres parties des lèvres. On a encore invoqué en faveur d'une cause locale, l'exemple du cancer des ramoneurs qui ne paraît pas être autre chose qu'un cancroïde des bourses et qu'on a attribué au contact habituel de la suie sur la peau du scrotum ; mais là encore il n'y a pas que les bourses en contact avec la suie, et pourquoi ce siège spécial ? En somme l'influence des causes locales sur la production du cancroïde cutané est encore à prouver.

Traitement. — Existe-t-il des exemples bien authentiques de guérison de l'épithélioma cutané sous l'influence d'une médication interne ? Je ne saurais l'affirmer ; on a cité quelques cas de terminaison heureuse du cancroïde après l'emploi de la ciguë, de l'arsenic, du chlorate de potasse administrés à l'intérieur ; mais ces cas sont exceptionnels et on doit bien savoir d'ailleurs que le cancroïde, même ulcéré, est susceptible de guérir spontanément. Aussi je pense qu'il ne faut pas compter sur les médicaments internes dans le traitement du can-

croïde cutané et qu'il faut surtout avoir recours au traitement chirurgical, aidé si l'on veut par quelques-uns des médicaments que je viens de citer, administrés accessoirement à l'intérieur.

Je dois ajouter qu'on a vanté comme un moyen de traitement qui a donné quelques guérisons entre les mains de Milan, de Cooke, de Bergeron, le chlorate de potasse administré, en lotions, extérieurement en solution concentrée et à l'intérieur à la dose journalière de 1 à 2 grammes; j'ai employé plusieurs fois ce médicament, j'en ai obtenu la cicatrisation de quelques ulcérations superficielles, mais le plus ordinairement il n'a qu'un résultat temporaire pour arrêter momentanément la marche envahissante de l'ulcération et je ne m'en sers maintenant que comme un moyen palliatif, pour retarder les progrès d'une ulcération cancroïdienne ayant récidivé ou n'étant pas susceptible d'être opérée. Son emploi peut encore être indiqué chez des gens très âgés atteints d'un cancroïde à marche lente et chez lesquels on ne se soucie pas d'entreprendre une opération.

Le traitement chirurgical comprend la cautérisation et l'excision. Lorsque le cancroïde est au début, lorsqu'il est caractérisé par une petite tumeur verruqueuse, ou par une ulcération peu étendue, peu profonde, sans induration du fond ni des bords, la cautérisation est un bon moyen qui donne des résultats presque constamment favorables, à la condition que le caustique agisse profondément et qu'il atteigne et détruise tous les points malades. Rien de plus fâcheux que les cautérisations superficielles et incomplètes, faites avec des caustiques peu énergiques, tels que le nitrate d'argent, lesquels activent la marche envahissante de la maladie par l'irritation qu'ils produisent. De cet insuccès de certaines cautérisations insuffisantes est évidemment née cette opinion, encore assez répandue, qu'il est dangereux de toucher

aux cancroïdes, qu'on avait d'ailleurs désignés sous le nom de *noli me tangere.*

Comme caustiques, on peut employer le fer rouge, les acides nitrique, sulfurique, acétique, chlorhydrique, le nitrate acide du mercure, le beurre d'antimoine, des pâtes faites avec le chlorure de zinc ou la poudre caustique de Vienne, mélangés avec de l'alcool; j'avoue pour ma part donner la préférence au caustique de Vienne, appliqué comme si on voulait établir un cautère. Cette pâte a l'avantage de produire une cicatrice moins apparente que les caustiques acides, et, quoiqu'elle n'agisse pas profondément, elle suffit parfaitement pour détruire les cancroïdes superficiels. Mais, si l'ulcération est profonde, si les bords en sont déjà indurés, si la lésion siège près d'une muqueuse ou près d'un organe qu'il s'agit de respecter, près de l'œil par exemple, il faut préférer l'excision suivie ou non de la cautérisation. En tous cas, qu'il s'agisse du caustique ou de l'instrument tranchant, la règle est d'opérer le plus tôt possible et très largement; lorsque les ganglions voisins de l'ulcération sont atteints, la maladie est déjà généralisée et la récidive est presque fatale, tandis qu'une opération faite à temps est très souvent suivie de guérison.

Lorsque le cancroïde a atteint les ganglions lymphatiques et surtout lorsque les symptômes cachectiques permettent de craindre qu'il ne se soit généralisé, il est évident qu'il n'y a plus qu'à soutenir les forces des malades par une nourriture suffisante, par quelques toniques et qu'à faire sur la plaie des lotions avec du vin aromatique, avec une solution de chlorate de potasse ou avec des liquides antiseptiques.

§ 2. — Tumeurs cutanées sarcomateuses.

Dans le langage anatomo-pathologique actuel, on donne le nom de sarcome à des tumeurs formées par une agglomération de cellules contenues dans des tractus de tissu conjonctif; de ces cellules, les unes sont embryonnaires, d'autres sont plus développées ; quelques-unes sont petites, d'autres plus grosses et du volume des cellules de la moelle osseuse, d'où le nom de tumeurs à myéloplaxes; au milieu de ces cellules et dans les tractus conjonctifs on rencontre des vaisseaux sanguins ordinairement en grand nombre. Ces tumeurs ainsi constituées sont susceptibles de s'ulcérer et de se généraliser, en amenant une altération profonde de la nutrition, un état cachectique ; cliniquement ce sont des cancers. Comme dans tous les tissus de l'économie, ces sarcomes peuvent se développer dans la peau, mais on les y rencontre assez rarement et ce n'est même que récemment qu'on a signalé l'existence des sarcomes cutanés ; ils ont été décrits pour la première fois en 1870, par Kaposi, d'après cinq observations à lui personnelles. En 1869, Korte avait déjà signalé l'existence de tumeurs sarcomateuses de la peau, consécutives à la présence d'une tumeur semblable sur les bords de l'anus; en 1869, Kobner avait également publié deux observations de sarcome généralisé, mais ces cas n'avaient pas attiré l'attention, et la première description magistrale des sarcomes cutanés appartient certainement à Kaposi, lequel plus tard joignit à ces cinq premiers cas plusieurs autres observations semblables, dont le nombre s'élève aujourd'hui à 25, toutes recueillies chez des hommes. Depuis le premier mémoire de Kaposi, de nouveaux faits ont été observés par plusieurs auteurs, parmi lesquels

je citerai surtout E. Vidal, de l'hôpital Saint-Louis (1873) (1), Port (1873) (2), le professeur Tanturri, qui publiait en 1877 sept nouvelles observations (3), Hardaway, en 1882, Kobner, en 1882 (4), qui donne l'histoire d'un cas de guérison obtenue par des injections hypodermiques arsenicales, le professeur de Amicis, qui donnait en 1882 (5), une histoire des mélano-sarcomes cutanés idiopathiques, en s'appuyant sur douze observations personnelles et inédites ; enfin, je citerai avec éloge la thèse toute récente de Perrin (6), qui constitue un bon résumé de tout ce qu'on sait aujourd'hui sur la sarcomatose cutanée et à laquelle je ferai de nombreux emprunts ; ce travail comprend à peu de chose près toutes les observations connues, au nombre de cinquante-cinq, dont plusieurs ne se rapportent peut-être pas aux vrais sarcomes, mais qui forment un ensemble permettant d'esquisser l'histoire des sarcomes cutanés.

En lisant ces observations, on trouve dans les divers cas des différences assez grandes relativement à la constitution histologique et à l'évolution des tumeurs ; ces différences pourraient faire admettre de nombreuses variétés ; je pense néanmoins que, pour la facilité de la description, on peut ramener les faits connus à deux grandes divisions, la première comprenant les sarcomes non mélaniques et la seconde, les sarcomes mélaniques, et en laissant de côté les cas qui appartiennent au mycosis, maladie souvent confondue avec les sarcomes, mais qui doit en être distinguée.

a. *Sarcomes non mélaniques.* — Cette variété se rapporte au type décrit primitivement par Kaposi, et aussi

(1) *Thèse de Demange sur la lymphadoxie.* Paris, 1874.
(2) *Deuts. Archiv. für klini. Medicin,* 12e vol., p. 131.
(3) *Il Morgagni,* 1877,
(4) *Annales de dermatol.,* 1882.
(5) De Amicis. Napoli, 1882.
(6) Perrin, *Thèse de Paris,* 1886.

à la plupart des observations publiées par Vidal, par Tanturri et par de Amicis.

Anatomie pathologique. — A l'œil nu, on voit qu'au début, il n'y a pas à proprement parler de tumeur, mais une simple infiltration dermique ; plus tard l'intumescence se manifeste et il se produit un tissu mollasse, vasculaire, coloré en vert ou en jaune par de l'hémoglobine ; mais le néoplasme n'a pas de limites précises, il paraît diffus. Au microscope, on trouve dans les tumeurs des éléments cellulaires ronds et d'autres fusiformes, tantôt isolés, tantôt rapprochés en îlots et unis par une substance amorphe. Ces éléments fusiformes s'associent pour former un tissu fibrillaire ténu ; et au milieu de ces cellules on constate la présence de vacuoles dont les parois sont formées par des éléments ronds ou fusiformes et qui sont tapissées à l'intérieur par un endothélium tuméfié contenant des globules de sang colorés ou décolorés. Il y a là évidemment une néo-formation vasculaire, dont les parois embryonnaires peu résistantes se rompent facilement et laissent échapper des globules de sang; ces globules s'infiltrent entre les éléments cellulaires et subissent toutes les transformations de couleur du sang épanché, de là la formation de pigment qui infiltre les tissus nouveaux, qui les colore, d'où le nom de sarcomes pigmentaires donné à ces tumeurs par Kaposi, dénomination qu'on doit réserver pour une variété particulière.

Le siège anatomique du sarcome cutané paraît être dans le derme, entre le corps papillaire et l'hypoderme ; l'épiderme est ordinairement sain, et les cellules de Malpighi ne présentent pas d'autres altérations que leur infiltration par le pigment. Tanturri a constaté la disparition des glandes sébacées et sudoripares, mais de Amicis, au contraire, les a trouvées saines, sauf une légère infiltration pigmentaire. Cette contradiction n'est pas la seule

qu'on rencontre dans les descriptions données par les différents auteurs, et il est évident qu'on a réuni sous le nom de sarcomes cutanés des tumeurs analogues, mais peut-être un peu différentes.

Symptomatologie. — La sarcomatose cutanée peut se développer sur toutes les régions du corps ; mais, d'après l'observation de Kaposi, elle débute le plus habituellement aux pieds et aux mains, de là gagne les jambes, les cuisses, les bras, pour s'étendre plus tard à la face et au tronc. Ce sont d'abord des petites nodosités de la grosseur d'un grain de mil, d'un pois, d'une fève, colorées en brun ou en bleu, dures et arrondies, tantôt discrètes, tantôt confluentes, visibles sur une surface de 1 à 5 ou 6 centimètres. Au bout d'un certain temps après l'apparition de ces petites tumeurs, les pieds et les mains s'épaississent, se déforment, les orteils s'écartent les uns des autres, les tissus deviennent douloureux, la marche et le travail manuel sont entravés ; souvent les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent. Puis plus tard, les nodosités les plus anciennes s'affaissent, ou même disparaissent complètement en laissant à la peau des dépressions fortement pigmentées ; lorsque plusieurs petites tumeurs se sont réunies pour former des plaques, la résorption a lieu ordinairement par le centre et il se forme une dépression bornée par un bourrelet induré, d'une couleur d'un rouge brun, recouvert d'écailles épidermiques. Quelquefois les tumeurs se ramollissent, mais il est bien rare qu'elles s'ulcèrent. Le nombre de ces tumeurs et de ces plaques est très variable, ordinairement elles se multiplient assez promptement, et, en se répandant dans plusieurs régions, elles croissent en volume et en nombre.

Suivant leur siège anatomique, les tumeurs sarcomateuses présentent quelques différences d'aspect ; lorsqu'elles sont intradermiques, elles sont d'une couleur plus foncée, elles adhèrent fortement à la peau, qui est

lisse, sèche et tendue ; l'épiderme est recouvert de squames et peut même prendre un aspect corné ; elles sont quelquefois pédiculées. Lorsqu'elles se sont développées dans l'hypoderme, elles sont plus volumineuses, elles n'adhèrent pas à la peau, qui glisse et qui se plisse facilement au-dessus d'elles, la coloration est moins foncée et l'épiderme ne présente aucune desquamation.

J'ai dit que les tumeurs sarcomateuses s'ulcéraient rarement, quelques-unes cependant se ramollissent, s'abcèdent ou se gangrènent et il en résulte des ulcères ayant peu de tendance à se cicatriser. Quoi qu'il en soit, à un moment donné et souvent au bout d'une année, de cinq, dix ou quinze ans, la multiplication des tumeurs continuant, la santé générale s'altère, les fonctions digestives se troublent, il survient de la maigreur, de l'affaiblissement, de l'œdème des membres inférieurs, des ecchymoses spontanées, et la mort arrive avec tous les phénomènes de la cachexie. Quelquefois aussi on voit survenir quelques symptômes spéciaux en rapport avec la généralisation de l'affection et avec son développement dans es viscères, ainsi que les autopsies ont permis de le reconnaître.

Diagnostic. — La coloration particulière bleuâtre ou rouge brun de la peau qui recouvre les tumeurs sarcomateuses, est un caractère spécial, qui doit servir à distinguer les nodosités du sarcome cutané des tumeurs formées par des cysticerques de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, des tubercules lupiques ou syphilitiques, des tubercules de la lèpre, des névromes sous-cutanés et des myômes cutanés décrits dans ces derniers temps par Besnier, toutes affections caractérisées d'ailleurs par des phénomènes qui leur sont propres. Il est plus difficile de différencier le sarcome du mycosis et du carcinome cutané ; pour le mycosis la difficulté est telle que certains auteurs, Kaposi entre autres, considè-

rent le mycosis comme un sarcome; toutefois la marche de cette dernière affection, qui commence par des éruptions érythémateuses ou lichénoïdes, la disparition possible des tumeurs et plus tard leur aspect framboisé et fongoïde permettent de reconnaître le mycosis. Quant aux tumeurs carcinomateuses, leur dureté, leur couleur rouge, leur ulcération assez prompte, les distinguent du sarcome, dont la couleur est violette ou bleuâtre, qui s'ulcère rarement et dont l'évolution est bien plus lente. D'ailleurs le carcinome de la peau est presque toujours consécutif à un cancer occupant le sein ou un viscère.

Pronostic. — La sarcomatose cutanée est grave, quelques tumeurs peuvent s'affaisser, disparaître même, mais d'autres surviennent, leur nombre augmente, elles atteignent plusieurs régions, et tôt ou tard la maladie se généralise en se portant le plus souvent d'abord sur la muqueuse nasale, où elle amène de fréquentes épistaxis, puis aux poumons, aux organes digestifs, etc. A ce moment il survient une altération profonde de la nutrition et la mort ne tarde pas à arriver.

La maladie n'a pas toujours la même durée ; quelquefois elle a une marche rapide et la terminaison fatale peut avoir lieu en un an ; le plus ordinairement l'évolution est bien plus lente et la vie peut se prolonger pendant dix ans et plus ; dans une observation citée par de Amicis, l'affection avait duré dix-huit ans.

Étiologie. — Le sarcome cutané se développe presque exclusivement chez les hommes; Kaposi ne l'a observé que sur le sexe masculin, et dans les faits cités par Perrin, sur cinquante observations, il n'y a que trois femmes. L'âge auquel se manifeste la maladie paraît être entre quarante et soixante ans ; Billroth et de Amicis l'auraient rencontré chez des enfants; un malade placé dans le service d'Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis, était âgé de vingt-deux ans. Chose assez singulière, le sarcome

cutané paraît être rare en France, on n'en connaît que cinq observations et encore un des malades de Vidal était Corse, tandis que Kaposi en a observé vingt-cinq cas à Vienne et de Amicis en a recueilli dix-neuf cas en Italie. Quant aux causes pathologiques ou accidentelles qu'on pourrait invoquer, on ne sait absolument rien, la maladie atteint souvent des gens robustes, bien portants jusque-là.

Traitement. — On a employé vainement contre le sarcome cutané l'iodure et le bromure de potassium, les préparations arsenicales et hydrargyriques, etc. ; un seul moyen a réussi jusqu'à présent, il a été employé par Kobner et il consiste dans des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler; ce médicament a été administré à la dose croissante de quatre gouttes par jour jusqu'à neuf gouttes et cela pendant cinq mois; sous l'influence de ces injections, faites dans la région fessière, les nodisités cutanées et les ganglions lymphatiques engorgés diminuèrent de volume, puis finirent par disparaître; Schattuck a obtenu un résultat semblable. Ces succès sont un encouragement à employer les injections sous-cutanées arsenicales dans le traitement du sarcome cutané ou sous-cutané, mais je dois ajouter cependant que les quelques essais de cette méthode thérapeutique tentés en France n'ont pas réussi (1). Il faut savoir que le traitement chirurgical n'est pas à employer; toutes les fois qu'on a pratiqué l'ablation des tumeurs sarcomateuses soit par le caustique, soit par le bistouri, elles se sont reproduites promptement et souvent l'application a paru donner une impulsion plus grande à la marche fâcheuse de la maladie.

b. *Sarcomes mélaniques cutanés.* — Cette variété consiste dans le développement de tumeurs ayant l'organisation anatomique du sarcome, mais qui sont carac-

(1) Perrin, *Thèse de Paris*, 1886, p. 88.

térisées en outre par la présence d'une substance noire particulière, la mélanine, se présentant sous la forme de petits grains arrondis dont la couleur peut varier depuis le jaune fauve jusqu'au bleu très foncé ; cette substance est celle qui se trouve à l'état physiologique dans l'iris, dans la choroïde, dans les cellules du corps muqueux de Malpighi, c'est du pigment.

Anatomie pathologique. — La tumeur mélanique, de volume variable, paraît naître dans le derme, elle n'est pas limitée par une enveloppe en kyste, elle semble plutôt être diffuse et se continuer sans limites précises avec les fibres voisines. A la coupe la tumeur est ordinairement noire ; on obtient quelquefois cependant des zones foncées et d'autres plus claires disposées sans aucune règle. On peut trouver la partie centrale ramollie ; dans un cas observé par de Beurmann, la masse de la tumeur était noire, mais il existait à son centre un petit kyste contenant un liquide noir semblable à du café.

Les cellules qui forment la masse sont surtout fusiformes, mais il existe aussi des cellules rondes en moins grand nombre ; c'est donc un sarcome fuso-cellulaire. Dans un cas cité par Duret, il existait des alvéoles remplis d'éléments sarcomateux. La matière noire, la mélanine, manque dans quelques cellules ; dans les autres elle est déposée autour du noyau, quelquefois dans le noyau lui-même. Dans les tumeurs non ulcérées, l'épiderme paraît sain et ne semble prendre aucune part au travail morbide ; il y a peu de vaisseaux. Lorsque la maladie est généralisée, la même lésion constatée dans la peau se retrouve dans les ganglions et dans quelques viscères ; on a rencontré des tumeurs mélaniques dans les poumons, dans le corps thyroïde, dans le cœur, dans le foie, dans la rate, dans le péritoine, dans le cerveau et dans les méninges ; une seule fois, dans une observation due à Nepveu, le tissu osseux, dans le sternum, était atteint.

Symptomatologie. — La tumeur sarcomateuse mélanique est de volume variable, elle a la dimension d'un petit pois, d'une noisette, d'une noix au plus; il est rare qu'elle devienne plus volumineuse; sa forme est ovalaire ou sphérique; elle est, ordinairement, sessile, et sa base est assez large; sa consistance est dure, sa surface est lisse, mais son caractère essentiel consiste dans la coloration foncée qui se rapproche de celle de l'encre ou de la sépia. Habituellement il n'y a pas de douleur.

Le nombre des tumeurs, au début, est peu considérable; plus tard elles se multiplient et on en trouve souvent plus de cent répandues dans le tissu cutané des diverses régions. Leur siège est variable, on en rencontre aux doigts de la main, aux orteils, à la face, à la région sternale, aux bras, à la hanche, à la cuisse, aux jambes. La marche de la maladie est plus ou moins rapide, les tumeurs augmentent graduellement de volume; après quelques mois elles se multiplient, les ganglions lymphatiques voisins sont affectés, ils augmentent de volume et il s'y forme des dépôts sarcomateux; quelques tumeurs peuvent cependant s'atrophier et même disparaître complètement. D'autres s'ulcèrent et laissent écouler par les solutions de continuité un liquide épais, noirâtre, tachant le linge comme le ferait la sépia. Les tumeurs étant peu vasculaires, les hémorrhagies sont très rares, il y a seulement un très léger écoulement de sang au moment où l'ulcération se produit.

Mais à un moment plus ou moins éloigné du début, qui, dans quelques cas, n'a pas tardé plus de trois ou quatre mois, après l'augmentation du volume et du nombre des tumeurs, après l'engorgement des ganglions lymphatiques, qu'il y ait ou non des ulcérations, la santé générale s'altère et peu à peu il survient un état cachectique en rapport avec la généralisation de la maladie. Lorsque cette période extrême est déclarée, on voit quelquefois

les téguments prendre une coloration mélanique générale, comme dans la maladie d'Addison; l'urine est foncée, d'une couleur brune suivant l'observation de Nepveu, elle devient noire par l'addition de l'acide nitrique et au microscope on y découvre des granulations pigmentaires. Dans le sang, obtenu en piquant le doigt, on constate une augmentation des globules blancs et quelques fines granulations noirâtres. Lorsque ces symptômes de généralisation se sont développés, la maladie marche rapidement à une terminaison funeste et la mort arrive au bout de quelques semaines. Il est rare que la durée totale de la sarcomatose mélanique dépasse deux ou trois ans.

Diagnostic. — Le sarcome mélanique se distingue des autres tumeurs de la peau par sa coloration brune ou noire, et, lorsqu'il est ulcéré par l'écoulement d'un liquide mélanique tachant le linge en gris et en noir. Dans quelques cas douteux, la couleur foncée de l'ulcère et surtout la présence de granulations pigmentaires dans le sang pourraient éclairer le diagnostic.

Pronostic. — Le sarcome mélanique est une maladie grave qui se termine toujours d'une manière funeste, quelquefois dans un temps assez court, ainsi que je viens de le dire : l'augmentation du volume et du nombre des tumeurs, leur ulcération et surtout l'apparition des phénomènes de cachexie annoncent l'aggravation de la maladie.

Étiologie. — On ne sait rien de positif sur les conditions qui sont de nature à préparer ou à favoriser la production du sarcome mélanique; l'âge des malades a été variable et le sexe ne paraît pas exercer la même influence que pour le sarcome non mélaniqne, lequel se développe presque exclusivement chez les hommes. La seule chose qui paraisse à noter, c'est que le néoplasme mélanique se développe souvent sur un nævus congénital irrité ou

blessé accidentellement. Cette transformation d'un nævus en sarcome est signalée par plusieurs auteurs.

Traitement. — Il n'y a rien à dire relativement à la thérapeutique des sarcomes mélaniques : aucun médicament interne n'a réussi et l'ablation des tumeurs a toujours été suivie de récidives.

§ 3. — Tumeurs cutanées carcinomateuses.

Le carcinome, caractérisé anatomiquement par une tumeur composée d'un stroma fibreux formant des alvéoles qui contiennent des cellules de formes variées, peut se développer dans l'épaisseur de la peau ; rarement il est primitif, le plus souvent il est consécutif à une néoplasie de même nature ayant envahi un organe, et il survient plus particulièrement à la suite du cancer du sein.

Le carcinome dit *lenticulaire* se manifeste sous la forme de petites tumeurs dures, colorées en rouge foncé, ayant le volume d'un grain de millet ou d'un pois, et paraissant faire corps avec la peau, à laquelle elles adhèrent de manière à ne pas être soulevées séparément; elles sont quelquefois douloureuses. En nombre variable ces petites tumeurs peuvent être disséminées, mais quelquefois elles s'agminent et se confondent de manière à former une plaque dure plus ou moins étendue, c'est là le *cancer en cuirasse* de Velpeau. Après un temps variable et quelquefois assez court, ces tumeurs se ramollissent, leur sommet s'ulcère, la plaie s'agrandit, bourgeonne, devient fongueuse ; plusieurs ulcérations voisines peuvent se réunir et il en résulte un ulcère ayant tous les caractères objectifs du cancer. Avant l'ulcération, les ganglions lymphatiques de la région sont ordinairement envahis par la maladie.

Le *carcinome tubéreux* ne diffère guère du cancer

lenticulaire que par son volume un peu plus considérable; il est de même habituellement secondaire et il présente la même évolution qui aboutit à l'ulcère et à l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, si la vie se prolonge assez longtemps. En tous cas, quelle que soit la forme du carcinome cutané, si la cachexie n'est pas encore arrivée quand il se développe, elle ne tarde pas à se manifester, les tumeurs carcinomateuses étant ordinairement un signe de généralisation néoplasique.

On a décrit aussi un carcinome mélanique caractérisé par une couleur noire due à la présence de pigment dans la tumeur, mais cette variété se rapporte évidemment au sarcome mélanique déjà décrit.

L'histoire du carcinome cutané se confond avec celle du carcinome envisagé d'une manière générale ; et, indépendamment de son siège, il n'y a rien à noter de particulier à l'étiologie et au traitement relativement à cette variété de cancer; je crois donc devoir me borner ici à la description sommaire des caractères objectifs des carcinomes cutanés et à l'indication de l'évolution de la maladie, sans entrer dans des détails que ne comporte pas le sujet, le cancer cutané, ainsi que je l'ai dit, n'étant presque constamment qu'une lésion accessoire et consécutive.

FIN

ERRATA

Page 6, ligne 32, *au lieu de :* au-dessus de la couche muqueuse de l'épiderme, *lisez :* au-dessus du corps muqueux.

Page 342, ligne 18, *au lieu de :* varie de $0^{mm},003$ à $0^{mm},07$, *lisez :* varie de $0^{mm},003$ à 007.

TABLE ALPHABÉTIQUE

Abeilles (Maladies causées par les), 498.
Acarus scabiei, 427, 439.
Achorion Schönleinii, 332, 342, 348, 350.
Achrome vitiligne, 56.
Acné, 270; — inflammatoire, 271; simple ou pustuleuse, 272; — indurée, 273; — hypertrophique, 275; — ponctuée, 282; — varioliforme, 286; — miliaire, 119; — pisiforme, 121; — congestive ou couperose, 530; — sébacée, 584; fluente, 585; — concrète, 587; — sébacée concrète, 949.
Addison (Maladie d'), 46; — kéloïde d', 154.
Adénotrichie, 747, 797.
Albinisme, 53.
Alopécie, 105; — aréatée, 406.
Angine dite herpétique, 657.
Angiome, 129.
Anidrose, 568.
Argyrie, 51.
Arsenicales (Éruptions), 182.
Bacilles tuberculeux dans le lupus, 912; — dans la lèpre, 1138.
Bactéridies observées dans la pustule maligne, 524. — Voy. *Coccus*.
Belladone (Éruptions provoquées par la), 181.
Bourbillon du furoncle, 505.
Bouton d'Orient, d'Alep, de Biskra, du Nil, 478.
Bromidrose, 572.
Bromiques (Éruptions), 183.
Bronzée (Maladie), 46.
Bulle, 7.
Bulleux chronique (Pemphigus), 258.
Cachexie pachydermique, 159.
Callosités, 65.
Cancer de la peau, 1199.
Cancroïde, 1200.
Canitie, 61.
Cheiro-pompholix dans l'hypéridrose, 563; — dans l'eczéma, 728.
Cheveux (Difformités, hypertrophie des), 99; — (feutrage des), 103; — (chute des), 105; — (décoloration des), 61; — (maladies parasitaires des). — Voy. *Favus*, *Herpès*, *Pélade*.
Chloasma, 43.
Chromidrose, 573.
Chromocrinie partielle et cutanée, 574.
Cimex lectularia (punaise des lits), 495.
Cirons, 429.
Classification, 1.
Cnidosis, 604.
Coccus dans le mycosis, 865.
Cocci du furoncle, 509.
Collier de Vénus, 41.
Coloration bleuâtre de la peau, 50; — noire du visage, 575.
Congestions cutanées, 527; — simple idiopathique, 528.
Copahique (Érythème), 178.
Cor, 67.
Cornes cutanées, 70.
Coup de soleil, 191.
Couperose, 530.
Cousins (Maladies causées par les), 496.
Croûte de lait, 793.

Culex pipiens (Cousin), 406.
Cyanopathie cutanée, 573.
Cyanose, 50.
Cynose, 50.
Cysticerque du tissu cellulaire, 477.
Dartre, 664.
Datura stramonium (Éruptions provoquées par le), 181.
Demodex, 283; — folliculaire, 471.
Décubitus aigu, 500.
Dermalgie, 593.
Dermanyssus gallinæ, 476.
Dermatozoaires, 427.
Derme (Difformités du), 135.
Dermite exfoliatrice, 315.
Diathèse dartreuse, 664; — fongoïde dans le mycosis, 876.
Difformités de la peau, 37.
Durillons, 65.
Dysidrosis, 563.
Eaux minérales (Emploi des) dans l'ichthyose, 86; — dans le zona, 247; — dans l'urticaire, 619; — dans les éruptions dartreuses, 700; dans l'eczéma, 779; — dans l'impétigo, 803; — dans le pityriasis, 832; — dans le lichen, 862; — dans le psoriasis, 898; — dans la scrofule et les scrofulides, 930; — dans les syphilides, 1092.
Ecthyma, 203; — aigu, 210; — simple, 210; — gangréneux, 211; — chronique, 212; — infantile, 212; — cachectique, 214.
Eczéma, 704; — rouge, 726; — simple ou vésiculeux, 727; fendillé, 728; — sec, 729; — muqueux, 730; — œdémateux, 730; — spargosiforme, 730; — scléreux ou verruqueux, 730; — nerveux, 730; — marginé, 730; — nummulaire, 730; — sparsum, 730. Variétés suivant le siège : — de la face, 731; — des oreilles, 732; — des seins, 733; — des mains et des pieds, 734; — unguium, 737; — des jambes, 738; — des parties génitales; 739; — de l'ombilic, 745; — des parties pileuses, 746; — pilaire, 797.
Eczémateuses (Affections), 785.
Éléphantiasis des Arabes, 164; — des Grecs, 1110.
Engelure, 200.
Envies, 29.
Éphélides, 37.
Éphidrose, 562.
Épiderme (Difformités de l'), 65.
Épidermophyton, 880.
Épilation dans le favus, 364; — dans l'herpès, 391; — dans le sycosis, 404; — dans la pélade, 416; — dans l'impétigo sycosiforme, 802.
Épithélioma, 1200.
Épizoaires, 483.
Érectiles (Tumeurs), 135.
Éruptions artificielles provoquées, 174; — produites par les résineux : Érythème copahique, 178; — provoquées par la belladone et le datura stramonium, 181; — arsenicales, 182; — iodiques et bromiques, 183; — inflammatoires spontanées, 187; — fébriles, 620; — constitutionnelles, 663; — dartreuses, 664; — cancéreuses, 1199.
Érythème, 187; — simple, 189; — vésiculo-pustuleux, 192; — intertrigo, 194; — lisse, 198; — paratrime, 199; — pernion, engelure, 200; — généralisé, 203; — généralisés, 623; — polymorphe (circiné ou annulaire, marginé, papuleux, tuberculeux, gyraté), 629; — noueux, 634; — induré scrofuleux, 635; — scarlatiniforme, 636; mamelonné, 639.
Erythrasma, 423.
Esthiomène de la vulve (maladie de nature ulcéreuse et non de nature scrofuleuse), 963.
Exanthème, 4.
Face (Eczéma de la), 731.
Favus, 330; — des ongles, 340; — squarreux, 345; — des animaux à l'homme (transmission du), 356.
Fébriles (Éruptions), 620.
Feu sacré, f. de saint Antoine, 229.
Fièvre ortiée, 604; — urticaire.
Filaire de Médine (Maladie causée par le), 476.
Flux cutané, 560.

Foliacé (Pemphigus), 263.
Follicule tuberculeux, 911.
Follicules sébacés (Difformités des), 119.
Folliculite, 797.
Fongoïde (mycosis), 863.
Fongueuses sanguines (Tumeurs), 135.
Frelons (Maladies causées par les), 498.
Furoncle, 504.
Gale, 427. Variétés : gale sèche, scabies lymphatica, g. purulente, g. cachectique, 452; — norwégienne, 453; — transmission des animaux à l'homme, 461; — des épiciers, 737, 792.
Gangréneuses (Maladies) de la peau, 499.
Génitales (Eczéma des parties), 739.
Grains de beauté, 30.
Guêpes (Maladies causées par les), 498.
Hâle, 44.
Hématidrose, 556.
Hémorrhagies cutanées, 538.
Herpès fébrile, 651; — labialis, 656; — zoster, voy. *Zona*, 229; — circiné, 368, 371; — iris, 629; — squamosus madidans, 706; — tonsurant, 378; — préputial, récidivant des parties génitales, 740.
Hydrosadénites, 748.
Hypercrinies cutanées, 560.
Hyperesthésie cutanée, 597.
Hyperidrose, 560.
Hypertrichosis, 99.
Hypertrophie des poils, 99.
Hirsutie, 99.
Ichtyose, 71; — professionnelle, 737.
Impétigo, 785; — figuré, 790; — disséminé, 791; — érysipélateux, 792; — scabieux, 793; — rongeant, 793; — larvé, 793; — granulé, 104, 484, 794; — contagieux, 795; — sycosiforme, 796.
Infectieuses (Maladies) de la peau, 499.
Intertrigo, 194.
Iodiques (Éruptions), 183.
Jambes (Eczéma des), 738.
Kéloïde, 135.
Kératoses avec lésions du corps papillaire, 87.
Labialis (Herpes), 656.
Lentigo, 33.
Lèpre vulgaire (psoriasis), 884; — lèpre, éruptions lépreuses, 1110.
Leucodermie partielle, 55.
Lichen agrius, 792; — urticatus, voy. *Urticaire*.
Lichen, 833; — simple, 837; — pilaire, 840; — agrius, 840; — circonscrit, 842; — lividus, 844; — ruber, planus, 844; — hypertrophique, voy. *Mycosis*, p. 867.
Lichénoïde (Ichtyose), 73.
Lupus, voy. *Scrofulides*.
Lupus hypertrophique, 938, 958.
Lymphadénie cutanée, 863.
Lymphadénique (Diathèse), 876.
Macule, 4.
Mains de galeux sur lesquelles se voient la forme et le siège habituel des sillons, 444, 445; — (eczéma des), 734.
Mal des Barbades, 165.
Mariages consanguins, cause de scrofule, 922.
Mélanodermie, 43.
Melasma, 43.
Mélastéarrhée, 573.
Mélitagre, 792; — flavescente, 786.
Mentagre, 393.
Mentagrophyte, 388, 395.
Microbes aérobies du furoncle, 509.
Microsporon minutissimum, 329, 423, 425; — anomœon, 329; — Audouini, 353, 361, 415; — mentagrophytes, 395; — furfur, 419, 426.
Miliaire, 640.
Molluscum, 121.
Morphée, 154.
Mouches charbonneuses, 498.
Mouches piquantes (Maladies causées par les), 493.
Moustiques, 496.
Mycélium de l'achorion, 341.
Mycosis fongoïde, 863.
Myxœdème pachydermique, 159.
Nævi pigmentaires, 29; — vasculaires, 132.

Nævus spilus, pilosus, 101; — verrucosus, 101; — flammeus, 129.
Névroses cutanées, 592.
Œdémateux (Eczéma), 730.
Œdème muqueux, 159.
Olophlyctide (Herpès), 652.
Olophlyctide miliaire (tricophytie), 371.
Ombilic (Eczéma de l'), 745.
Ongles (Difformités des) 99, 116; — (Eczéma des), 737; — (psoriasis des), 886.
Onychogryphose, 116.
Onychotrophie, 118.
Oreilles (Eczéma des), 732.
Osmidrose, 572.
Pachydermie, 164.
Pachydermique (Cachexie), 159.
Panne lenticulaire, 33.
Papules, 10.
Parasitaires (Maladies) de la peau, 325; — végétales, 326; — causées par la présence de parasites animaux, 427.
Paratrine (Erythème), 199.
Pédiculaire (Prurigo), 488.
Pédiculose du corps, 488.
Pédiculus capitis, 484.
Pélade, 406.
Péliose, 541; — rhumatismale, 545, 631.
Pellagre, 1093.
Pemphigus, 248; — aigu, 256; — bulleux chronique, 258, — foliacé, 263; — des nouveau-nés, 266; — des jeunes filles, 268.
Pernion (Eyrthème), 200.
Phlyzacia, 209.
Phlyzaciées (Pustules), 8, 207.
Phthiriase, 483; — capillaire, 795.
Phthirius inguinalis, 491.
Pieds (Eczéma des), 734
Pigment (Défaut de) difformités causées par, 53.
Pigmentaire (Appareil) difformités de l' — 29.
Pileuses (Parties) eczéma des, 746.
Pityriasique (ichyose), 73.
Pityriasis, 816; — blanc ou simple, 818; — rouge, 820; — disséminé, 822; — pilaire, 823; — parasitaire ou versicolore, 419.
Plaques jaunes des paupières, 93.
Plique polonaise, 103.
Poils (Difformités des), 99.
Polytrichie, 99.
Porrigo, 330; — decalvans, 406; — larvalis, 793; — scutulata, 378.
Pou de la tête (pediculus capitis), 484; — de corps (pediculus humanus, corporis, vestimenti), 487; — tabescentium, 488; — du pubis, 491.
Poulaillers (Maladie des), 475.
Poussière faveuse, 343.
Poux (Maladie causée par les), 483.
Prurigo, 301; — mitis, 306; — formicans, 306; — suivant la cause, 308; — dermanyssique, 476; — podicis, 601; — scroti, 602; — pudendi muliebris, 602.
Pruvit nerveux, 597; — de l'anus, 601; — des bourses, 602; — vulvaire, 602.
Psore, 428.
Psoriasis, 877; — engouttes, 883; — figuré (*lepra vulgaris*) 884; — en cordon, 884; — diffus, 885; — invétéré, 885; — général, 886.
Psydraciées (Pustules) de l'impétigo, 787, 805.
Puces (Maladies causées par les), 493.
Puce du sable (Maladie causée par la), 472.
Puceron rouge (Maladie causée par le), 474.
Pulex pubis, 311; — penetrans, 472; — irritans, 493.
Punaise des lits (Maladies causées par la), 495.
Pustule, 8.
Purpura, 541; — simple, 543; — exanthématique, 545; — nerveux, 545; — myélopathique, 545; — hemorrhagique, 548.
Pustule maligne, 518; — phlyzaciées, 207; — psydraciées, 8, 787.
Pyogenus aureus, 510.
Résineux (Eruptions produites par les), 178.
Rhinosclérome, 980.
Roséole, 621.
Rhychoprion penetrans, 472.

Rouget ou lepte d'automne (Maladie causée par le), 474.
Rupia, 216.
Sarcomateuses (Tumeurs cutanées), 1201.
Sarcomes non mélaniques, 1212; — mélaniques cutanés, 1217.
Sarcopte fernelle, 440; — mâle, 442.
Scabies, 428; — cachectica, 436.
Sclérémie, 146.
Scléreux (Eczéma), 730.
Sclérodermie, 143; — œdémateuse, 146; — en plaques, lardacée, 147; dactylée, 149.
Scrofule, 899.
Scrofuleuses (Affections) des muqueuses, 904; — des ganglions lymphatique 907; — du tissu cellulaire, 908; — des os, 909.
Scrofulide bénigne exsudative, 791.
Scrofulides, 931; — érythémateuse, 944; — cornée ou acnéique, 948; — pustuleuse, 951; — tuberculeuse, 954; — tuberculeuse superficielle, 958; — tuberculeuse avec ulcération, 961; — phlegmoneuse, 966; — tuberculeuse cutanée, 975.
Scrofulome, 911.
Seins (Eczéma des), 733.
Signes, 29.
Sillons de la gale, 442,
Simulie (Simulium cinereum), 498.
Spargosiforme (Eczéma), 730.
Spili, 29.
Squame, 11.
Staphylococcus, 510.
Stearrhæa nigricans, 573.
Stomoxe (Stomaxis calcitrans), 498.
Strophulus, 293; — simple, 294; — prurigineux, 297.
Strophulus interstinctus, 852.
Sudamina, 569.
Sudorales (Eruptions), 561.
Sueur (Exagération morbide de la), 560.
Sueurs fétides, 572.
Sycosis, 393; — simple, 797.
Syphilides, 994, 1022; — précoces, 1036; — exanthématique, 1037; — papuleuse, 1043; — papuleuse lenticulaire, 1043; — papuleuse plate et en plaques, 1046; — cornée, 1047; — pustuleuse superficielle, 1048; — varioliforme, 1050; — végétante, 1051; — granuleuse, 1051; — excroissances, 1052; — plaques muqueuses, 1054; — intermédiaires, 1058; — 1° pigmentaire, 41, 47, 1060; — 2° vésiculeuse, 1062; — vésiculeuse eczémateuse, 1062; — vésiculeuse herpétiforme, 1064; — 3° pustuleuse, 1065; — pustuleuse acniforme, 1065; — ecthymateuse ou phlyzaciée, 1066; — 4° squameuse, 1068; — squameuse en gouttes, 1069; — squameuse circinée, 1070; — palmaire et plantaire, 1071; — 5° tuberculeuse, 1073; — tuberculeuse disseminée, 1074; — tuberculeuse en groupes, 1075; — tardives, 1078; — pustulocrétacée, 1079.
Syphilis, 983; — accidents primitifs, 984; — accidents secondaires, 991; — accidents tertiaires, 9 6.
Tache de vin, 129.
Taches bleues, 492; — lenticulaires rosées, 648; — typhiques, 649; — de rousseur, 33.
Taons (Tabanus bovinus, autumnalis), 498.
Teigne aréatée, 406; — faveuse, 330; — tondante, 378.
Telangiectasies, 129.
Trichiasis, 102.
Trichoma, 103.
Tricophytie, 368; — circinée, 371; sychosique, 393; — tonsurante, 378.
Trichophyton, 387.
Trichosis, 99.
Tubercule, 12; — lésion caractéristique de la scrofule, 911.
Tuberculose cutanée, 975
Tumeurs cutanées épithéliales, 1200. — cutanées carcinomateuses, 1221.
Tylosis calleux, 65; — gompheux, 67.
Urticaire, 604; — œdémateuse, 607; — evanida, 609, 612; — ab ingestis, 611; — febrilis, 611; — rhumatismale, 613.
Varus miliaire, 119.

Varus comedo, 252,
Verrues, 87.
Versicolore (Pityriasis), 419.
Vésicule, 6.
Vitiligo, 55.
Vitiligoïdea, 93.
Werlhof (Maladie de), 548.
Xanthéchromie, 96.
Xanthélasma, 93.
Xérodermie pigmentée, 149.
Yeux de perdrix, 68.
Zona, 229.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

3018. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

LEÇONS
SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES

PROFESSÉES A L'HOPITAL DU MIDI

Par le docteur Charles MAURIAC

Médecin de l'hôpital du Midi.

1 volume grand in-8 de 1072 pages..... 18 fr.

Ce volume se compose d'une série de leçons qui sont comme les chapitres d'un traité didactique, avec la même méthode, les mêmes divisions et la même continuité dans l'exposition.

L'hôpital du Midi est un de ceux où affluent chaque jour le plus grand nombre de malades. Aussi M. Mauriac a-t-il pu accumuler dans son ouvrage une quantité considérable de faits sur tous les points de cette pathologie spéciale. Plus de 200 observations disséminées dans des notes ou groupées dans des appendices sont là comme autant de musées contenant toutes les variétés des cas les plus typiques ou les plus curieux. M. Mauriac a su en rendre l'étude féconde et vraiment scientifique en la faisant reposer sur les larges et solides bases de la physiologie et de la pathologie générales.

ICONOGRAPHIE PHOTOGRAPHIQUE
DES MALADIES DE LA PEAU

Par le docteur G.-H. FOX

Professeur de clinique dermatologique au Collège des médecins et chirurgiens de New-York.

1 volume in-4

Avec 48 planches photographiées et coloriées.

Cartonné..... 120 fr.

L'étude des maladies de la peau, sans observations et sans planches coloriées, est impossible. Quelque clair ou pratique que soit un traité, il ne remplacera jamais la vue ou la représentation matérielle des objets dont il fait la description.

Un cours systématique d'études cliniques n'est possible que dans les grandes villes; le médecin éloigné de ces centres scientifiques est cependant appelé à traiter, parmi sa clientèle, les formes les plus rares des maladies de la peau. Comme le succès dans le traitement de ces affections dépend en grande partie de la sûreté du diagnostic, la valeur d'une série complète de planches bien exécutées est en dehors de toute discussion.

Depuis ces derniers temps, l'intérêt toujours croissant qu'inspire l'étude de la dermatologie a fait sentir le besoin de planches qui représentassent les différentes maladies de la peau. Utiles pour montrer le siège caractéristique et la configuration des diverses affections de la peau, les photographies manquent généralement d'un élément essentiel de diagnostic, le coloris.

Dans la série des planches que nous offrons au corps médical, on s'est servi d'un procédé nouveau : la reproduction des gravures sur des négatifs photographiques. Ces planches possèdent non seulement la netteté des détails et l'éclat des photographies ordinaires, mais elles ne se détériorent pas comme celles-ci, sous l'influence du temps et de la lumière.

Le texte qui accompagne les planches est destiné à appeler l'attention sur les *caractères diagnostics* des diverses affections de la peau, et à suggérer quelques idées pratiques sur leur *traitement*.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL. N° 336.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par le docteur Louis JULLIEN

Deuxième édition. Paris, 1885, 1 vol. in-8 de 1120 pages, avec 127 fig. cart.. 20 fr.

En écrivant ce livre, auquel il a consacré plusieurs années de travail, l'auteur a eu la préoccupation constante de montrer que les maladies vénériennes, systématiquement éliminées des traités généraux, ne font point exception aux grandes lois de la pathologie générale. Aussi, tout en apportant un soin particulier aux questions de clinique et de thérapeutique, a-t-il essayé de mieux préciser que ses devanciers l'état des connaissances acquises en anatomie pathologique et en histologie.

L'étude des maladies vénériennes devient de moins en moins œuvre de spécialité, et ce n'est pas sans raison que Ricord a pu dire, en voyant l'extension croissante de leur domaine, que la syphilis s'était annexé la Pathologie tout entière.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS

FAITES A L'HOPITAL DE LOURCINE

Par le docteur V. CORNIL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Paris, 1879, 1 vol in-8 de 483 pages, avec 9 planches lithog., d'après les dessins de l'auteur, et figures intercalées dans le texte. — 10 fr.

M. Cornil s'est attaché à donner une idée précise sur l'anatomie fine, sur l'évolution histologique de chacune des lésions de la syphilis, depuis le chancre initial jusqu'aux gommes, en passant par les plaques muqueuses, les syphilides cutanées superficielles et profondes, les lésions osseuses et viscérales. Son livre est une série de leçons sur les points essentiels de la syphilis et en particulier sur son anatomie pathologique : les progrès récents de la technique microscopique donnent un intérêt tout particulier à cette publication, où l'auteur ne parle que de ce qu'il a observé.

AUGAGNEUR (V.). **Étude sur la syphilis héréditaire tardive**. 1879, in-8, 128 pages..... 2 fr. 50
BASSEREAU (Léon). **Traité des affections de la peau** symptomatiques de la syphilis. 1852, in-8..... 7 fr. 50
BASSEREAU (Edouard). **Origine de la syphilis**. 1873, in-8, 50 pages. 1 fr. 50
BERTHERAND (A.). **Précis des maladies vénériennes**, de leur doctrine, de leur traitement. *Deuxième édition.* 1873, 1 vol. in-8, 450..... 7 fr.
BOUILLY. **Comparaison des arthropathies** rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. 1878, in-8, 100 pages..... 3 fr. 50
BRUNEAU. **Étude sur les éruptions herpétiques** qui se font aux organes génitaux chez la femme. 1880, in-8, 106 pages..... 2 fr.
DAVASSE (J.). **La syphilis, ses formes, son unité**. 1865, in-8, XII-568 p. 8 fr.
DESPRÉS (A.). **La prostitution en France**. Études morales et démographiques, avec une statistique générale de la prostitution en France, par le Dr Armand Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 1883, 1 vol. in-8, XII, 208 p. avec 2 pl. col. 6 fr.
— **Est-il un moyen d'arrêter la propagation des maladies vénériennes ?** 1870, in-12, 36 pages.....
DESRUELLES **Histoire de la blennorrhée uréthrale**. 1854, 1 vol. in-8. 6 fr.
DEVERGIE (N.). **Clinique de la maladie syphilitique**. 1826-1833, 2 vol. in 4, avec 126 planches coloriées..... 80 fr.
DIDAY (P.). **Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis**. 1858, 1 vol. in-18 jésus, 560 pages..... 4 fr.
DRYSDALE (C.-R.). **Traitement de la syphilis** et d'autres maladies sans mercure. Traduit de l'anglais. 1864, in-18 jésus, 102 pages..... 1 fr. 50
FOURNIER (H.). **De l'onanisme**. *Troisième édition.* 1883, 1 vol. in-18, 216 p. 2 fr.
FRACASTOR (J.). **La syphilis**, poème en vers latin de Jérôme Fracastor, traduit en vers français ; avec notes par Prosper Yvaren. 1847, in-8..... 5 fr.
GABALDA. **De la contagion des symptômes secondaires de la syphilis**. 1859, in-8, 29 pages..... 1 fr.
GIBERT. **Mémoire sur les syphilides**. 1847, in-8, 60 pages..... 1 fr. 50
GOUTARD. **Du léontiasis syphilitique**. Etude sur quelques cas de syphilides hypertrophiques diffuses de la face en particulier. 1878, in-8, 62 p. et 1 pl. 3 fr.
HUNTER (J.). **Traité de la maladie vénérienne**, traduit de l'anglais par G. Richelot, avec des notes et des additions par Ph. Ricord. *Troisième édition.* Paris, 1859, in-8 de 800 pages (sans planches)..... 6 fr.
HUTTEN (Ulric de). **Livre sur la maladie française** et sur les propriétés du bois de gaïac, traduit et commenté par le Dr Potton. 1865, in-8, LXXX-218 p. 24 fr.
IZARD (A.-A.). **Nouveau traitement de la maladie vénérienne et des syphilides ulcéreuses par l'iodoforme**. 1871, in-8, 48 pages... 1 fr. 50

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille. — Paris.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU
DE PARIS

PAR A. TROUSSEAU

Professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de médecine.

Septième édition publiée par les soins de M. MICHEL PETER.

Professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hopital de la Pitié

3 vol. mes grand in-8 avec portrait de M. TROUSSEAU. — **32** francs.

Désigné par l'illustre professeur pour faire à la *Clinique medicale de l'Hôtel-Dieu* les additions que nécessiterait la marche de la science, M. Michel Peter, en conformité de ce vœu, a donné ses soins à cette édition. La tâche lui en a été d'autant plus facile que, chef de clinique de Trousseau, ayant vécu dans l'intimité de la pensée scientifique du maître, il n'avait qu'à faire revivre ses souvenirs pour s'inspirer dans son travail.

Modifiée dans certains détails seulement, l'œuvre de Trousseau conserve intacte son originalité saisissante.

Les principales additions faites par M. Peter à la *Clinique* portent sur les points suivants :

TOME Ier. — Variole : marche de la température ; — description histologique de la pustule varioleuse, d'après M. Vulpian ; — altération du sang ; — lésions du larynx ; — recherches de MM. Desnos et Huchard sur les complications cardiaques (endocardite, péricardite, myocardite). — Vaccine : recherches de M. Chauveau sur le virus vaccin. — Scarlatine : marche de la température ; — altération du sang. — Rougeole : marche de la température ; — altération du sang. — Erysipèle : marche de la température ; — érysipèle des membranes muqueuses ; — faits nombreux et probants de contagion. — Dothiénentérie : leucocytose ; — altération du rein, albuminurie et urémie possibles ; — altérations du muscle cardiaque et de l'endocarde ; — dégénérescence granuleuse et cireuse des muscles striés ; — marche caractéristique de la température ; — son parallélisme avec les lésions des plaques de Payer ; — forme spinale et cérébro-spinale. — Typhus : lésions du muscle cardiaque ; — marche caractéristique de la température. — Diphthérie : recherches histologiques sur la fausse membrane ; — réfutation de la doctrine

Envoi franco contre un mandat sur la poste

qui considère comme croupale toute exsudation fibrineuse; — lésions nerveuses dans la paralysie diphthéritique. — Contagion : recherches sur les microphytes et les microzoaires. — Aphonie et cautérisation du larynx : notions nouvelles fournies par le laryngoscope; — recherches sur l'asynergie vocale. — Phthisie pulmonaire : recherches micrographiques sur la granulation et le tubercule; — marche de la température dans la phthisie aiguë. — Pleurésie : marche de la température. — Paracentèse de la poitrine : application de l'aspiration pneumatique de Dieulafoy; — emploi du siphon de Potain pour les épanchements purulents. — Traitement de la pneumonie : emploi des substances alcooliques; — de l'acétate neutre de plomb.

Tome II. — Paracentèse du péricarde : application de l'aspiration pneumatique. — Maladies du cœur : application du sphygmographe. — Épilepsie : lésions du bulbe dans la pathogénie de l'épilepsie; — zone épileptogène; — emploi du sphygmographe dans le diagnostic du vertige épileptique. — Tétanie : théorie de la température hyperpyrétique dans le tétanos. — Danse de saint Guy : maladie du cœur et chorée. — Tremblement sénile et paralysie agitante : exposé des travaux de M. Charcot, sclérose en plaques disséminées. — Paralysie labio-glosso-laryngée : lésion des noyaux d'origine des nerfs bulbaires. — Alcoolisme : accidents consécutifs aux traumatismes. — Rage : rôle de la contracture du diaphragme dans l'asphyxie terminale. — Asthme : addition au traitement. — Coqueluche : fausses hémoptysies. — Ataxie locomotrice : viscéralgies; — lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle et arthropathies. — Atrophie musculaire progressive : lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle et atrophie musculaire. — Aphasie : alogie, amnésie verbale et alalie. — Glycosurie : réfutation d'une réfutation de la glycogénie hépatique.

Tome III. — Vertige : névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber ou vertige *a sensibus læsis*. — Ulcère simple : siège habituel de l'ulcère. — Diarrhée chronique : spécificité de certaines diarrhées et leur traitement. — Dysentérie : nulle influence de la nature du sol; — paralysie consécutive. — Coliques hépatiques : traitement par les injections hypodermiques et les suppositoires. — Kystes hydatiques du foie : tumeur hydatique alvéolaire ou tumeur à échinocoques multiloculaires. — Goutte : recherche de l'acide urique dans le sang par l'expérience du fil de Garrod. — Endocardite ulcéreuse : endocardite ulcéreuse puerpérale. — Leucocythémie : état particulier de la fibrine; — leucocythémie intestinale. — Infection purulente puerpérale : infection purulente et diathèse purulente.

LAVERAN et TEISSIER. **Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales**, par A. LAVERAN, professeur à l'École du Val-de-Grâce, et J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon. *Deuxième édition*. 2 vol. in-8 avec fig..... 18 fr.
LEUDET. **Clinique médicale** de l'Hôtel-Dieu de Rouen. 1 vol. in-8 de 650 p... 8 fr.
LEYDEN (E.). **Traité clinique des maladies de la moelle épinière**, par E. LEYDEN, professeur à l'Université de Berlin. 1 vol. gr. in-8, 850 pages..... 15 fr.
PETER (Michel). **Traité clinique et pratique des maladies du cœur** et de la crosse de l'aorte. 1 vol. in-8 de 844 p. avec 54 fig. et 4 pl. chromolithograph.. 18 fr.
RACLE. **Traité de diagnostic médical.** Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies. *Sixième édition*, par Ch. FERNET et I. STRAUSS, 1 vol. in-18 jésus de 900 pages avec 79 fig. Cartonné..... 8 fr.
TROUSSEAU. **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.** *Sixième édition*, publiée par les soins de M. PETER. 3 vol. in-8 avec portrait de TROUSSEAU..... 32 fr.
VALLEIX. **Guide du médecin praticien**, résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée. *Cinquième édition*, refondue par P. LORAIN, professeur à la Faculté de médecine. 5 vol. in-8 de 800 p., avec figures..... 50 fr.
VIRCHOW. **La pathologie cellulaire** basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus. *Quatrième édition*, par I. STRAUSS. 1 vol. in-8 avec 157 figures..... 9 fr.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES, MÉDECINE OPÉRATOIRE

BERGERON. **Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence.** 1 vol. in-18 jésus de 436 pages, avec 374 figures..... 5 fr.
BERNARD (Cl.) et HUETTE. **Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale.** *Nouveau tirage*. 1 vol. in-18 jésus, 495 p. avec 113 pl., figures noires. Cartonné..... 24 fr.
LE MÊME, figures coloriées, cart..... 48 fr.
CHAUVEL. **Précis d'opérations de chirurgie**, par le docteur J. CHAUVEL, professeur de médecine opératoire à l'Ecole du Val-de-Grâce. *Deuxième édition*. 1 vol. in-18 jésus de 700 pages, avec 281 fig. dessinées par le docteur E. CHARVOT..... 7 fr.
CHRÉTIEN (H.). **Nouveaux éléments de médecine opératoire**, par H. CHRÉTIEN, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-18 jésus, 528 pages avec 184 fig... 6 fr.
CORRE. **La pratique de la chirurgie d'urgence.** 1 vol. in-18 avec 51 fig. 2 fr.
DECAYE. **Précis de thérapeutique chirurgicale**, par le docteur PAUL DECAYE. 1 vol. in-18 jésus de 500 pages..... 6 fr.
DESPRÉS. **La chirurgie journalière**, leçons de clinique chirurgicale, par A. DESPRÉS, chirurgien de la Charité. *Deuxième édition*. 1 vol. in-8, 804 p. avec 45 fig. 12 fr.
Encyclopédie internationale de chirurgie publiée sous la direction du docteur ASHHURST. Ouvrage précédé d'une introduction par L. GOSSELIN, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. 6 vol. gr. in-8 de chacun 800 p. à 2 col., avec environ 2500 fig. Prix de chaque vol..... 17 fr. 50
En vente : Tome Ier : Pathologie générale, Maladies chirurgicales infectieuses et virulentes. — Tome II : Chirurgie générale, maladies chirurgicales communes aux divers tissus organiques. — Tome III : Peau, muscles, vaisseaux et ganglions lymphatiques, vaisseaux sanguins et nerfs. — Tome IV : Os et articulations. Résections et tumeurs.
Sous presse : Tomes V et VI : Maladies des régions.
GALEZOWSKI (X.). **Traité des maladies des yeux**, par X. GALEZOWSKI, professeur à l'école pratique. *Deuxième édition*. 1 vol. in-8 de 880 pages, avec 397 figures. 20 fr.
— **Traité iconographique d'ophthalmoscopie.** *Deuxième édition*. 1 vol. in-8 de 350 pages avec Atlas de 24 pl. chromolithographiées.
GALEZOWSKI et DAGUENET. **Diagnostic et traitement des affections oculaires.** 1 vol. gr. in-8 de 900 pages, avec figures..... 16 fr.
GAUJOT et SPILMANN. **Arsenal de la chirurgie contemporaine**; description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, l'orthopédie, la prothèse, les opérations, par G. GAUJOT, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, et E. SPILLMANN, professeur à l'École de médecine d'Alger. 2 vol. in-8 de 800 p. chacun, avec 1855 figures..... 32 fr.
GELLÉ. **Précis des maladies de l'oreille.** 1 vol. in-18 jésus de 708 pages avec 157 figures..... 9 fr.
GILLETTE. **Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris**, répertoire de thérapeutique chirurgicale. 1 vol. in-8 de XVI-772 p. avec 662 figures, cart..... 12 fr.
— **Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris.** 1 vol. in-8, avec fig..... 5 fr.
GOFFRES. **Précis iconographique de bandages, pansements et appareils.** 1 vol. in-18 jésus, 496 pages, avec 81 planches, figures noires. Cartonné..... 18 fr.
— LE MÊME, figures coloriées, cartonné..... 36 fr.
GOSSELIN (L.). **Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité**, par L. GOSSELIN, professeur à la Faculté de médecine. *Troisième édition*. 3 vol. in-8, avec fig. 36 fr.

GUÉRIN (Alph.). **Du pansement ouaté** et de son application à la thérapeutique chirurgicale, par Alph. Guérin, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-18, 400 pages avec figures ..... 4 fr.
GUYON. **Éléments de chirurgie clinique**, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, l'hygiène, le traitement des blessés et opérés, par le docteur Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8, avec 163 fig.... 12 fr.
— **Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.** *Deuxième édition.* 1 vol. gr. in-8 de 100 pages avec 46 fig..... 16 fr.
HAMILTON et POINSOT (G.). **Traité pratique des fractures et des luxations.** 1 vol. gr. in-8 de 1292 p. avec 514 fig..... 24 fr.
HARRIS, AUSTEN et ANDRIEU. **Traité théorique et pratique de l'art du dentiste.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1100 p. avec 500 figures. Cartonné..... 20 fr.
JULLIEN (Louis). **Traité pratique des maladies vénériennes.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8, 1120 p. avec 127 figures, cartonné..... 20 fr.
LEBEC. **Précis de médecine opératoire.** Aide-mémoire de l'élève et du praticien, par E. Le Bec, prosecteur de l'Amphithéâtre des hôpitaux. 1 volume in-18, 600 pages avec 400 figures ..... 6 fr.
LEGOUEST. **Traité de chirurgie d'armée**, par L. Legouest, médecin-inspecteur de l'armée. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 800 p. avec 149 fig..... 14 fr.
MAURIAC (Ch.). **Leçons sur les maladies vénériennes** professées à l'hôpital du Midi. 1 vol. gr. in-8, 1072 p..... 18 fr.
ROCHARD. **Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle.** 1 vol. in-8 de xvi-800 pages..... 12 fr.
SAINT-GERMAIN (L.-A. de). **Chirurgie orthopédique.** Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. 1 vol. gr. in-8 de 651 p. avec 129 figures..... 9 fr.
THOMPSON (Henry). **Traité pratique des maladies des voies urinaires.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1000 p. avec 200 fig. Cart..... 20 fr.
— **Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires**, traduit par le docteur Robert Jamin. 1 volume grand in-8, avec figures..... 4 fr. 50
VALETTE. **Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon**, par A.-D. Valette, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8 de 720 p. avec fig.... 12 fr.
VIDAL. **Traité de pathologie externe et de Médecine opératoire**, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. Vidal (de Cassis), professeur agrégé à la Faculté de médecine. *Cinquième édition*, par S. Fano. 5 vol. in-8, avec 761 fig. 40 fr.

ACCOUCHEMENTS, CLINIQUE OBSTÉTRICALE, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS

BOUCHUT. **Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants** à la mamelle et de la seconde enfance, par le docteur E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. *Huitième édition.* 1 vol. in-8, xvi-1128 p., avec 179 fig.... 18 fr.
— **Hygiène de la première enfance**, guide des mères pour l'allaitement, le sevrage, le choix de la nourrice. *Huitième édit.* 1 vol. in-18 j. de viii-523 p., avec 49 fig. 4 fr.
CHAILLY. **Traité pratique de l'art des accouchements.** *Sixième édition.* 1 vol. in-8 de xx-1036 p., avec 202 fig. et 1 pl..... 10 fr.
CHARPENTIER. **Traité pratique de l'art des accouchements**, par le docteur A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. gr. in-8, ensemble 1600 pages avec 752 figures et 1 pl. chromolithographiée..... 30 fr.
CHURCHILL (Fleetwood) et LEBLOND (A.). **Traité pratique des maladies des femmes**, hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement. *Troisième édition.* 1 vol. grand in-8, xvi-1152 p., avec 365 fig..... 18 fr.
DESPINE et PICOT. **Manuel pratique des maladies de l'enfance.** *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus, viii-596 pages..... 7 fr.
ENGELMANN. **La pratique des accouchements** chez les peuples primitifs. Etude d'anthropologie et d'obstétrique, trad. par le Dr Paul Rodet. 1 vol. in-8 avec 100 figures.
EUSTACHE. **Manuel pratique des maladies des femmes**, médecine et chirurgie, par G. Eustache, professeur à la Faculté de Lille. 1 vol. in-18 jésus, 748 p..... 8 fr.
GALLARD. **Leçons cliniques sur les maladies des femmes.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 800 p. avec 100 fig..... 14 fr.
— **Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles.** 1 vol. in-8 avec 37 figures ..... 6 fr.
HOLMES. **Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants**, par T. Holmes, chirurgien de l'hôpital des Enfants. 1 vol. in-8, 917 p., avec 330 fig... 15 fr.
NAEGELÉ. **Traité pratique de l'art des accouchements**, par H.-F. Naegelé et W.-L. Grenser. *Deuxième édition*, par G.-A. Aubenas, ouvrage précédé d'une introduction par J.-A. Stoltz. 1 vol. gr. in-8 de xxxii-816 p. avec 1 pl. et 229 fig..... 12 fr.
PENARD. **Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.** *Sixième édition.* 1 vol. in-18, xx-600 p., avec 165 figures. Cartonné..... 6 fr.

RICHARD (David). **Histoire de la génération** chez l'homme et chez la femme. 1 vol. in-8 de 250 pages, avec 8 planches col., cart..... 12 fr.
SIMPSON. **Clinique obstétricale et gynécologique.** 1 vol. gr. in-8 de 820 pages avec figures..... 12 fr.

MATIÈRE MÉDICALE, PHARMACIE ET THÉRAPEUTIQUE

ANDOUARD. **Nouveaux éléments de pharmacie**, par ANDOUARD, professeur à l'École de Nantes. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de XXIV-950 pages, avec 150 fig. 16 fr.
BECLU (H.). **Nouveau manuel de l'herboriste**, ou Traité des propriétés médicinales des plantes exotiques et indigènes. 1 vol. in-12 de XIV-256 p., avec 55 fig. 2 fr. 50
FERRAND (A.). **Traité de thérapeutique.** 1 vol. in-18 jésus, cart..... 8 fr.
FERRAND (E.). **Aide-mémoire de pharmacie**, vade-mecum du pharmacien à l'officine et au laboratoire. *Quatrième édit.* 1 v. in-18 j. de 750 p. avec 120 fig. Cart... 7 fr.
FONSSAGRIVES (J.-B.). **Principes de thérapeutique générale.** *Deuxième édition*, 1 vol. in-8 de 450 p..... 9 fr.
GALLOIS. **Formulaire de l'Union médicale. Douze cents formules** favorites. *Troisième édition.* 1 vol. in-32 de 632 pages, cart..... 3 fr. 50
GIACOMINI. **Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique.** 1 vol. in-8 de 600 pages à 2 col..... 5 fr.
GLONER. **Nouveau dictionnaire de thérapeutique.** 1 v. in-18 de VIII-805 p. 7 fr.
GUBLER. **Cours de thérapeutique.** 1 vol. in-8 de VII-568 pages..... 9 fr.
— **Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius.** *Troisième édition*, en concordance avec l'édition du Codex de 1884, par Ern. LABBÉE. 1 vol. in-8, 1062 p. cart..... 16 fr.
JEANNEL. **Formulaire officinal et magistral international**, comprenant environ quatre mille formules, tirées des pharmacopées légales de la France et de l'étranger, ou empruntées à la pratique des thérapeutistes et des pharmacologistes. *Troisième édition* contenant les médicaments nouveaux et les formules nouvelles d'après le Codex de 1884. 1 vol. in-18 de XXXVI-972 p , cart..... 6 fr.
NOTHNAGEL et ROSSBACH. **Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique.** Exposé de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, avec une introduction par Ch. BOUCHARD, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8 de XXXII-860 pages..... 14 fr.
RÉVEIL (O.). **Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-18 jésus, XII-696 p., 48 fig.. 6 fr.

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE

ARNOULD. **Nouveaux éléments d'hygiène**, par Jules ARNOULD, professeur à la Faculté de Lille. 1 vol. in-8, 1360 pages, avec 284 figures, cart..... 20 fr.
BRIAND et CHAUDÉ. **Manuel complet de médecine légale**, contenant un Manuel de chimie légale, par J. BOUIS, professeur à l'École de pharmacie de Paris. *Deuxième édition.* 2 vol. gr. in-8 de 1048 pages, avec 3 planches et 34 figures..... 24 fr.
CHAPUIS. **Précis de toxicologie**, par A. CHAPUIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-18 jésus de 750 pages avec figures, cart..... 8 fr.
COLIN (Léon). **Traité des maladies épidémiques.** Origine, évolution, prophylaxie. 1 vol. in-8 de XX-1032 pages..... 16 fr.
DUBRAC. **Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique**, par F. DUBRAC, président du tribunal civil de Barbezieux. 1 vol. in-8 de 800 pages..... 12 fr.
FONSSAGRIVES. **Hygiène et assainissement des villes.** 1 vol. in-8, 568 p. 8 fr.
— **Hygiène alimentaire** des malades, des convalescents et des valétudinaires. *Troisième édition.* 1 vol. in-8 de 800 pages..... 9 fr.
— **Traité d'hygiène navale.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 920 p. avec 145 fig. 15 fr.
GAUTIER (D.). **Le cuivre et le plomb** dans l'alimentation et l'industrie, au point de vue de l'hygiène. 1 vol. in-18 jésus de 310 pages..... 3 fr. 50
— **La sophistication des vins**, méthodes analytiques et procédés pour reconnaître la fraude. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus avec 1 pl. coloriée..... 4 fr. 50
HOFMANN (E.) et BROUARDEL. **Nouveaux éléments de médecine légale**, introduction et commentaires par P. BROUARDEL. 1 vol. in-8 avec 50 fig..... 14 fr.
LÉVY. **Traité d'hygiène publique et privée**, par MICHEL LÉVY, directeur de l'École du Val-de-Grâce. *Sixième édition.* 2 vol. gr. in-8, avec fig..... 20 fr.
MORACHE. **Traité d'hygiène militaire.** 1 vol. in-8 avec 175 fig..... 16 fr.
SOUBEIRAN. **Nouveau Dictionnaire des falsifications et des altérations** des aliments, des médicaments et de quelques produits employés dans les arts, l'industrie et l'économie domestique. 1 vol. gr. in-8 avec 218 fig. Cart..... 14 fr.
TARDIEU. **Médecine légale**, attentats aux mœurs, avortement, blessures, empoisonnement, folie, identité, infanticide, maladies produites accidentellement ou involontairement, pendaison, par A. TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. 9 vol. in-8 avec fig. et pl. col..... 54 fr.

Envoi franco par la poste contre un mandat.

3476-85. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

27.B.132
Traite pratique et descriptif d1886
Countway Library BER8195
3 2044 045 967 338